

广州市科普项目资助（项目编号：2013KP031；项目名称：消化系统常见疾病的科普立体合作平台建设）

生活科学馆

读得懂的医学 消化的秘密

马晋平 杨杰 编著



电子工业出版社
Publishing House of Electronics Industry
北京 • BEIJING

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。
版权所有，侵权必究。

图书在版编目（CIP）数据

读得懂的医学：消化的秘密 / 马晋平, 杨杰编著. — 北京：电子工业出版社, 2016.2
（生活科学馆）

ISBN 978-7-121-25133-7

I. ①读… II. ①马… ②杨… III. ①消化系统—普及读物 IV. ①R318.14-49

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第294380号

责任编辑：郝喜娟

特约编辑：董艳明

印 刷：

装 订：

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路173 信箱 邮编：100036

开 本：880×1230 1/32 印张：6.75 字数：216千字

版 次：2016年2月第1版

印 次：2016年2月第1次印刷

定 价：36.00元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：（010）88254888。

质量投诉请发邮件至zlts@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至dbqq@phei.com.cn。

服务热线：（010）88258888。

作者简介

马晋平，中山大学附属第一医院胃肠外科中心主任医师，硕士研究生导师。广东省医学会第一届胃肠外科分会委员，广东省医学会肠外肠内营养学分会常委，广东省医学会外科营养学组副组长，疝与腹壁外科学组委员，广东省医学会广东省健康管理学会肿瘤防治分会常委，广东省医院协会肿瘤防治管理分会常委。《中华胃肠外科杂志》编委，《中华实验外科杂志》通讯编委，《消化肿瘤杂志（电子版）》编委，《中华医学杂志》（英文版）特约审稿人，《中国现代医学杂志》编委。《中华医学百科全书》肿瘤卷编委。

从1993年开始，一直从事胃肠外科临床工作。擅长传统开腹和微创的胃癌标准根治和扩大根治术、腹腔镜下各部位结肠癌根治术、直肠癌根治术、直肠癌保功能根治术，熟悉胰腺十二指肠切除手术、食管中下段癌根治、十二指肠良恶性肿瘤的外科治疗，以及对腹股沟疝、腹壁切口疝的外科治疗有丰富的临床经验。倡导快速康复的外科理念，积极开展规范的外科手术前后临床营养支持治疗，注重肠内营养和肠外营养相结合的综合生态免疫营养的应用。

先后在麻省大学医学中心普通外科和香港大学玛丽医院外科学系进修学习。近5年来主持承担国家及省部级科研项目11项，发表论文50余篇。热衷于医学科普的推广和实践，先后发表医学科普相关文章30余篇。创建医学科普微信公众平台“消化病科普”，受到广泛关注和好评。

杨杰，中山大学附属第一医院胃肠外科住院医师，医学硕士。

目录

第一篇

带你了解消化系统

第一章 消化系统解密

食管.....	12
胃.....	13
十二指肠.....	15
肝脏.....	16
胆囊.....	19
胰腺.....	20
小肠.....	21
大肠.....	21
肠道内的细菌.....	22

第二章 消化系统疾病的常见症状与解读

恶心、呕吐.....	24
腹泻.....	26
腹痛.....	29
黄疸.....	34
腹胀.....	35
便血.....	36

第三章 消化系统疾病常见检查方法

每种检查都有其各自的用处和特点.....	39
每种疾病也都有其最合适的检查方法.....	39
实验室检查.....	40
肝功能.....	40
乙肝两对半.....	44
肿瘤标志物.....	49
便常规.....	52

内镜..... 53

内窥镜在消化道疾病中的地位..... 53

超声内镜..... 54

胃镜..... 55

肠镜..... 59

胶囊内镜..... 60

影像学检查..... 62

CT..... 62

彩超..... 64

消化道造影..... 66

医生的作用：视触叩听——快速判断..... 67

第二篇

消化系统常见病、肿瘤认识与防治

第四章 胃食管常见疾病

幽门螺杆菌与胃病..... 70

胃、十二指肠溃疡..... 76

慢性胃炎..... 82

急性胃肠炎..... 86

病毒性胃肠炎..... 89

功能性消化不良..... 91

警惕药物性胃出血..... 93

胃食管反流病..... 96

鱼刺卡到食管的正确处理..... 102

第五章 肠道常见病

阑尾炎..... 104

肠梗阻..... 110

腹股沟疝气..... 116

肠易激综合征：胃肠道情绪病.....	119
肠道憩室.....	123
溃疡性结肠炎.....	126
肠道息肉.....	129
痔疮：不得不提的“小毛病”.....	133
便秘.....	141

第六章 肝胆胰常见病

不可小看的脂肪肝.....	147
病毒性肝炎.....	151
肝脏良性占位性病变.....	157
酒精肝.....	161
药物性肝炎.....	164
胆囊结石与胆囊炎.....	168
胆管结石与胆管炎.....	174
胆囊息肉.....	178
胰腺炎.....	182

第七章 消化系统肿瘤认识与防治

饮食与消化肿瘤.....	186
早期发现恶性肿瘤.....	186
食管癌.....	188
胃癌.....	193
大肠癌.....	198
肝癌.....	204
胰腺癌.....	210
胆囊癌与胆管癌.....	216

第一篇

带你了解消化系统

第一章 消化系统解密

理解人体正常的生理结构和功能，有助于我们理解疾病是如何发生的，以及该如何预防和治疗。

比如食管的主要功能是输送食物到胃，当这个输送的过程不顺利（咽下困难）时，说明食管可能被阻塞了，最常见的原因是食管发生了良性狭窄或长了肿瘤。

贲门的主要功能是控制食管和胃连接部的开闭，当贲门不再紧密关闭时，胃酸及胃内容物就会反流到食管甚至咽喉，导致与胃食管反流相关的一系列疾病；相反，还有一种病叫作贲门失弛缓症，就是贲门失去弛缓功能，持续关闭导致进食困难。

胃的主要功能是分泌胃酸和胃蛋白酶消化食物，胃的黏膜能分泌黏液保护胃壁自身不受胃酸和胃蛋白酶的消化，而一旦胃黏膜的保护功能削弱，胃酸分泌过多，就导致了溃疡的发生。

幽门是控制胃出口的开关，在食物消化到足够细小之后幽门会打开，让食物进入小肠，完成进一步的消化和吸收。如果幽门无法正常打开，导致食物无法进入小肠，则始终有饱腹感，严重的时候甚至可以导致幽门梗阻。

胆囊是浓缩胆汁并储存胆汁的器官，如果长期不进食，胆汁会过度浓缩，容易析出结晶并形成结石，结石如果卡住了胆囊的出口就会造成胆囊炎。

胆道是运输胆汁的管道，如果胆管被胆结石或肿瘤卡住了，就会导致胆汁无法正常排泄，造成黄疸，一般还会发生胆道感染，表现为腹痛、发烧、黄疸三联征。

小肠是吸收营养的主要部位，如果不幸得了病毒性胃肠炎，小肠黏膜无法正常吸收消化液，就会出现水样腹泻。

结肠是吸收水分、形成并存储粪便的地方，如果粪便在结肠中待太久变干硬，就出现了所谓的便秘。如果结肠受到刺激，食物残渣水分吸收不完全就排出体外，叫腹泻。

► 消化系统的功能

消化系统就像是后勤部，主管营养供给。人一生下来就要吃东西，从饮食中获取各种养分，以供身体生长发育的需要。然而我们进食的食物不能直接被人体里的细胞利用，必须通过消化系统的分解将食物转化为氨基酸、脂肪酸、葡萄糖等小分子的物质才可以。

简单地理解，消化系统的主要功能就是消化与吸收。消化是将食物分解成可以吸收的小分子营养物质，吸收是将分解后的营养物质吸收进入血液。

► 食物是如何被消化和吸收的

严格来说，食物从吃进嘴里的一刻起就已经开始消化的过程。食物经过牙齿的咀嚼和舌头的搅拌被切碎、磨细，完成初步的消化。嚼碎后的食物，通过食管的蠕动送到胃里。胃的主要功能是暂时储存食物并通过胃的蠕动，使胃液和食物充分混合，形成稠的糊状物。食物在胃内停留2~4个小时，随后进入小肠，与来自胰腺和肝脏的消化液混合，此时食物已经基本被分解彻底。这些物质通过肠壁的毛细血管和淋巴管被机体吸收利用，送到身体各个器官。最终没有被吸收和难以消化的食物残渣（如膳食纤维、果胶等）就顺流而下进入大肠。大肠的主要功能是进一步吸收水分和电解质，使食物残渣逐渐由流体状态变成半固体状态，形成粪便，再经肛门排出体外。



把人体长长的消化道比喻为一条河流：食管、十二指肠、小肠、大肠就像河流的上下游，宽度、水流速度都不一样；胃就像湖泊，是一个大的“蓄水池”；贲门、幽门、回盲瓣、肛门就像一道道闸门，控制着水流的方向和速度；食物就像船只，不断地从河流的上游经过一道道关口最终进入下游。

► 消化系统由哪些器官组成

食管：从口腔到胃的狭长通道

胃：临时存储、初步消化食物的“蓄水池”

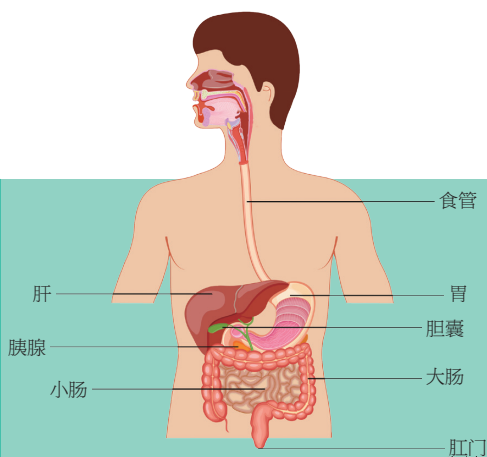
小肠：营养吸收的通道

大肠：粪便成形的场所

胰腺：分泌消化酶的器官

肝：产生胆汁的器官

胆囊：胆汁存储的地方



消化系统

► 消化的一般原理

消化过程可以分为化学性消化和机械性消化两种，这两种消化方式相辅相成。机械性消化是指通过消化道肌肉的收缩与蠕动，将食物搅拌、揉搓，与消化液充分接触混匀。化学性消化指的是消化系统的器官分泌出的各种消化液对食物中的各种成分（蛋白质、脂肪、碳水化合物等）进行分解，将其降解为可溶解的小分子物质。

消化系统按器官分类可以分为消化道和消化腺两大类。消化道是消化吸收食物的场所，从口腔一直通到肛门，全长可有5~7米长。而消化腺是产生和分泌消化液的器官，包括口腔的唾液腺、肝脏、胰腺以及消化道管壁上的小腺体。胆道和胰管属于特殊的消化管道，它们是运输消化液的专用通道。胆道是运输胆汁的通道，胰管是运输胰液的通道，二者在十二指肠壁上汇合后注入肠道，为肠道提供混合性的消化液，关于肝胆胰具体的内容在后面会介绍。

► 消化管道的一般结构

通常消化道可以分为4层，其中最重要的两层就是肌层和黏膜层。

肌层是消化道4层结构中最厚的一层，是消化道的主体结构，肌层使得消化道可以不断地揉搓和蠕动，从而运输食物。消化道的肌肉叫平滑肌，与骨骼上的肌肉不一样，它不受我们意志控制，而是人体自动化调节的一类肌肉。这就是为什么我们消化食物时不用思考让胃肠去蠕动，因为它们“程序化、自动化”的。但这也是肚子绞痛时我们没有办法让它停下来的原因。消化系统可以说除了咀嚼和吞咽需要我们主动执行外，其他步骤都是自动程序化完成的，我们不用考虑也无法用意志去控制，但消化系统会受到我们生活作息和情绪的影响。

黏膜层是消化道上皮细胞贴附的地方，就像房子外表面覆盖的一小块块瓷砖，严丝合缝地覆盖着整个消化道。之所以称其为黏膜层，主要是因为这层细胞会不断分泌黏液以保证消化道的润滑，同时黏膜层还有另一项重

要功能：吸收水和各种营养物质。另外，胃部的黏膜还可以分泌胃酸和消化酶。黏膜层细胞还有一个很大的特点就是长得快：黏膜层细胞在不断脱落的同时，还在不断地补充更新磨损的细胞。

食管

食管，人消化管道的第一部分，上接咽，下通胃，主要功能是输送从口腔咽下的食物。

食管是一条由平滑肌组成的狭长管道，管壁富有弹性和扩张能力：有食物通过时扩张，在非进食时呈扁平状。它的主要职责是把在口腔咀嚼后形成的食物团输送至胃。食物并非主要靠地球重力落入胃中的，而是借由食管壁的肌肉进行像波浪般的蠕动，将食物推入胃中。食管的主要功能就是输送食物，帮助食物通过，而没有消化的功能。

食管的功能如此单一，以至于“竟然没有”一条以食管命名的动脉和静脉：上段食管的血液供应来源于甲状腺血管，中段血液供应来源于支气管血管，而下段血液供应则来自于胃血管。因为食管功能相对单一，有研究用带膜的人造食管来代替因烧伤等病变的食管。

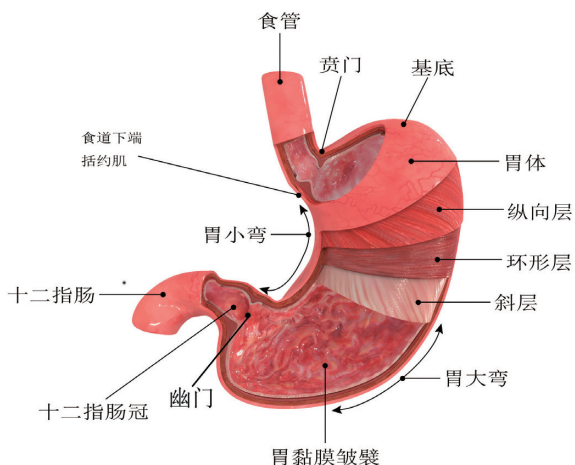
由于食管比较狭长，当食管被异物卡住、食管壁上长出异物时就会出现吞咽困难的症状。一般来说，食管壁富有弹性和扩张能力，早期可能只会有轻微的吞咽困难，难以咽下干硬的食物，只有当食管被癌肿浸润较深、肿瘤发展到较晚期时一般才会出现完全无法咽下。

食管上的黏液细胞分泌的黏液在食管表面覆盖上光滑的一层，这些黏液有助于食物滑进胃中。由于食管分泌的不是碱性的黏液，虽然食管可以抵御来自食物的磨损，但却很难避免来自胃酸的化学性损伤，因此当胃酸反流到食管时就会发生食管黏膜灼伤，出现红肿、糜烂，人就会有烧心等症状。若食管长期受到胃酸的侵蚀就会发生食管黏膜的病变：巴雷特食管——食管癌的癌前病变。

► 贲门

在食管末端与胃相接的地方，是消化道的第一个关键阀门——贲门。贲门处有一组括约肌群确保胃酸不会逆流至食管中。贲门的作用就像是一个可开可闭的阀门：非进食的时候，贲门处于关闭状态，这样即使人在倒立过来的时候，胃里的胃酸和食物也不会倒流回食管；而这个阀门一旦没办法正常关闭，胃内的胃酸就会反流到食管甚至口腔，出现反酸、烧心等一系列胃食管反流的症状。若这个阀门没办法正常打开，那么就会出现无法进食的症状，医学上称之为贲门失弛缓。

胃



食物进入胃的阀门叫贲门，上接食管，食物出胃的阀门叫幽门，下接十二指肠。

胃是人体消化道内最膨大的部位，是储藏和消化食物的器官，胃内充满了褶皱，可以很大范围地扩张，接纳我们吃下的各种食物，据说成年人的胃容量最大可扩大到自身体积的7倍。

胃的主要功能是将大块食物研磨成小块，以便食物进入小肠进一步消化吸收。食物吃进胃里面，需要胃的出口（幽门）是关闭的，阻止食物往下走，这样食物才能在胃里面反复揉搓，直到变成粥一样的食糜，幽门才

打开让食糜进入十二指肠进行下一步的消化。打个比方，胃就像一个初步消化、混合食物的搅拌池，分泌酸性消化液化学性分解食物。与消化的一般过程相同，胃内消化食物主要靠机械性混合搅拌和化学性分解两种方式配合进行。

► 胃的消化液

胃分泌的消化液成分主要有胃酸（盐酸）和胃蛋白酶，功能强大。胃酸本质是盐酸，由胃黏膜上的细胞分泌，它可以维持胃内消化所需要的酸性环境，保证胃蛋白酶发挥活性，促使食物变性、易于分解。胃酸还可以杀灭绝大多数进入胃内的细菌。然而有意思的是胃病的元凶幽门螺杆菌却天然能抵抗胃内高酸的环境而在其中扎根，破坏胃黏膜。胃蛋白酶是胃液分解蛋白质的利器，可以将我们吃进去的各种食物初步分解。而萎缩性胃炎患者胃酸和胃蛋白酶分泌不足，无法充分消化吃进去的食物，所以不难理解为什么他们会有消化不良的症状。

► 胃的保护层

胃液中含有高浓度的胃酸和胃蛋白酶，那么为什么胃能把食物消化了却不消化自身呢？这主要是因为胃黏膜能分泌一层黏液保护胃本身。这层黏液保护层将胃黏膜与胃液隔离开来，保证胃液不直接接触同样是由蛋白质组成的胃黏膜上皮细胞。这种叫“黏液—碳酸氢盐”屏障的保护层是胃抵御各种有害刺激的天然屏障，通过隔离盐酸和胃蛋白酶起到保护胃黏膜的作用，因此黏液层屏障就像一层保护层。胃黏膜上的这层保护层，受胃黏膜血流量的影响，当血液供应不足时“保护层”就会变得薄弱，而且细胞修复起来也更难。

当致胃黏膜损伤的因素超过其抵抗因素时，也会导致胃黏膜损伤。临床上许多胃病患者并不是因为胃酸分泌过多导致的，而是因为这层保护层变弱导致胃黏膜受到了胃酸侵蚀导致的。双方的力量消长影响着胃黏膜生理和病理的变化。

如果我们饮食无节制，什么都往嘴里塞，胃会受到冷热酸甜、辛辣等各种刺激。诸多因素会导致胃的这层保护层变得薄弱：饮食、环境、药物，甚至精神等因素都会导致胃黏膜血液供应减少、分泌保护性黏液减少，使“保护层”变得薄弱，导致胃黏膜对致病因素的抵抗力下降而发生消化性溃疡。

比如喝酒对胃的损害就很大，酒精会破坏胃的这层黏膜层屏障，尤其是高度白酒。烟草对人体的影响不仅表现在呼吸系统，同样也会使得胃黏膜血液供应减少，吸烟对胃的影响同样是不利的。我们在服用某些药物（如阿司匹林、止痛药、激素等）时会发生胃溃疡、胃出血等并发症，就是由于这些药物的副作用导致胃的黏膜层血液供应减少，引起“保护层”薄弱。

饮食因素对胃的影响很好理解，但精神因素也能导致胃黏膜屏障受损。以胃病发作的特点来举例，很多人工作压力一大就胃痛。再举一个情绪影响胃肠功能的例子：有时候即使饥肠辘辘，一和别人吵架就突然什么胃口也没有了。我们前面已经提到消化系统虽然不受我们意志控制，但会受我们情绪的影响，人在工作压力大、精神状态紧张时胃肠血液供应会减少，胃的黏膜层血液供应也减少，“保护层”就会变得薄弱。

另外，幽门螺杆菌也会破坏胃的保护层，胃病常常是多因素共同导致的，这也是胃病难治愈复发的原因之一。在本书后面的章节还会谈及幽门螺杆菌。

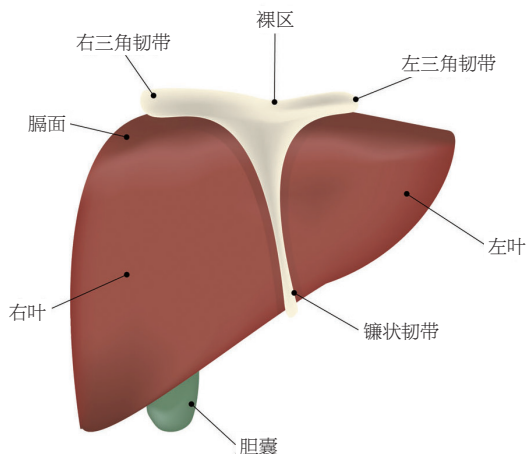
十二指肠

十二指肠介于胃与空肠之间，是小肠的第一段，也是小肠中长度最短、管径最大、位置最深且最为固定的小肠段，解剖学家在研究它时发现其长度大约为十二个指头并排那么宽而得名。

十二指肠是一段特别的肠管，胆总管与胰管的开口在十二指肠，它上接受胃液的注入，侧接受胰液和胆汁的注入，在十二指肠中混合了全部的

消化液，其位置和功能的重要性无可替代，相当于江河汇合处的枢纽站。这个交汇处医学上称为十二指肠乳头，是胆总管和胰管的汇合处，许多肝胆胰的疾病就是因为这里出了问题，往往病情比较严重。

肝脏



肝脏位于右肋下，胃的右上方，肝脏是人体消化系统中最大的消化腺。

肝脏是人体内脏里最大的实质性器官，也是人体消化系统中最大的消化腺。作为人体最大的“化工厂”，肝脏具有多种功能。简单来讲主要体现在以下4个方面：在代谢方面，肝脏参与蛋白质、糖、脂肪、维生素和激素等的代谢；在合成方面，肝脏参与蛋白质的合成，脱氨、转氨过程；肝脏还分泌胆汁，有助于脂类消化；另外，肝脏还是人体最大的“解毒工厂”，各种毒素在肝脏内被代谢、解毒。实际上人们对肝脏功能并不完全了解，目前还不能研制出像人工肾一样在临床上可以广泛应用的“人工肝”。具体来说肝脏的功能包括以下几方面。

► 代谢功能

» 蛋白质代谢

肝脏是人体白蛋白唯一的生成器官，球蛋白、血浆白蛋白、纤维蛋白

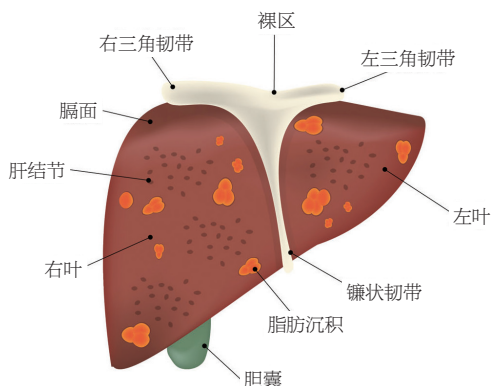
原和凝血酶原的合成、维持和调节都需要肝脏参与。

» 糖代谢

饮食中的淀粉和糖类消化后变成葡萄糖，经肠道吸收后肝脏将它合成为肝糖原储存于肝脏，当机体需要时，肝内的糖原又可分解为葡萄糖供给机体。当血液中血糖浓度变化时，肝脏具有调节作用。因此，在正常情况下，肝糖原的合成和分解经常保持着动态的平衡。

» 脂肪代谢

中性脂肪的合成和释放、胆固醇与磷脂的合成、脂蛋白的合成和运输均在肝内进行，因此肝脏是脂肪代谢的重要场所。如果人体摄入过多的脂肪，增加肝脏代谢脂肪的负担，久而久之便形成了脂肪肝。



» 维生素代谢

多种维生素，如维生素A、维生素B、维生素C、维生素D和维生素K的合成与储存均与肝脏密切相关。肝脏明显受损时，可继发维生素A缺乏而出现夜盲或皮肤干燥综合征等，通常见于肝硬化患者。

» 激素代谢

肝脏参与激素的灭活。肝炎晚期或者肝硬化患者常常有严重的肝功能

受损，可出现性激素失调，男性乳房发育、女性月经不调，还可出现肝掌和蜘蛛痣等。

► 产生胆汁

胆汁主要由肝细胞分泌。你可能很难想象，每天我们体内分泌的胆汁有800~1200毫升那么多（一瓶红罐王老吉是310毫升），休息时肝脏分泌的胆汁进入胆囊储蓄并浓缩，进食时胆汁通过胆总管分泌注入肠道内，参与脂肪的消化。胆汁中97%是水，其他成分主要有胆汁酸、胆盐、胆固醇、磷脂和胆红素等。胆汁酸呈中性或弱碱性，具有中和胃酸、刺激肠蠕动、溶解脂肪、促进脂溶性维生素吸收等多种功能。胆汁是黄绿色的，这是由于胆汁中含有胆色素，粪便呈黄色也是因为食物消化时混入了胆汁。胆汁中的胆红素是红细胞中的血红素分解代谢的产物，来源于衰老的红细胞。

胆汁有助于脂类消化。脂类不溶于水，需要靠胆汁帮助溶解消化。胆汁中的胆盐能将脂类食物乳化成微小脂滴分散在消化液中，并激活胰脂肪酶，将油脂类食物分解。胆汁成分复杂，正常情况下胆固醇溶解于胆汁中，但当胆汁比例失调时，就容易形成胆结石。胆结石长在胆囊里就叫胆囊结石，长在胆管里就叫胆管结石。

► 合成蛋白质

由消化道吸收的氨基酸在肝脏内进行蛋白质合成、脱氨、转氨等过程，合成的蛋白质进入血循环供给全身器官组织。肝脏是合成血浆蛋白的主要场所，肝脏合成的蛋白质种类很多，除血浆蛋白、纤维蛋白原、凝血酶原外，球蛋白和白蛋白也是肝脏合成的。肝脏功能受损时，合成的白蛋白明显减少，血浆渗透压降低，常出现双下肢可凹陷性水肿及形成腹水。

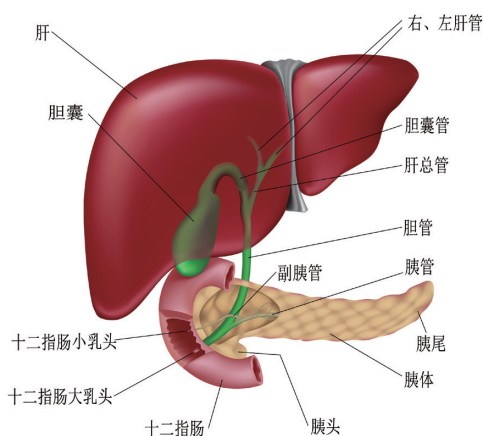
► 解毒

在机体代谢过程中，门静脉收集自腹腔流来的血液，血中的有害物质及微生物抗原性物质将在肝内被解毒和清除。肝脏是人体的主要解毒器官，我们从口里吃进去的各种食物、药物，或多或少对人体有一定毒性，

肝脏可以使得这些“毒物”成为无毒的或溶解度大的物质，随胆汁或尿液排出体外。

氨基酸及蛋白质代谢中不断产生的废物——氨的处理均在肝内进行。氨是对机体有严重毒性的物质，肝脏可以把它变成无毒的尿素，从肾脏经小便排出，达到解毒目的，而肝病患者肝功能出现障碍时血浆蛋白就会减少，同时血氨升高。如果肝脏疾病到了晚期，肝功能发生了衰竭，丧失了处理氨的能力，即可产生“氨中毒”，发生肝性昏迷，表现为人事不知，随时有死亡的可能。

胆囊



胆囊位于右上腹，悬吊在肝脏下面，与肝脏关系密切，胆囊管与肝总管汇合形成胆总管。

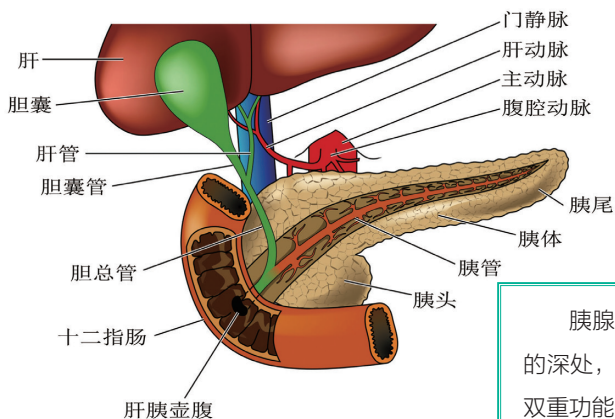
肝、胆囊、胰腺及胆汁通道

胆囊是右上腹部的一个梨形器官，与胆总管相连，胆囊的主要功能是存储和浓缩胆汁。胆囊体积大约有50毫升，胆汁主要由肝脏持续分泌，每天人体分泌的胆汁有800~1200毫升，而这些胆汁并不是持续地注入十二指肠，人在空腹时胆汁会存储在胆囊内，而在吃饭时浓缩的胆汁被大量释放出来协助消化食物，尤其是脂肪类食物。

胆汁被浓缩后更容易形成结晶、结石，因此临床上经常见到因长期不进食而导致胆汁长期存储在胆囊内，被过度浓缩而形成胆囊结石的患者。不吃早餐容易得胆囊结石也是这个道理。

古书上说赵云“胆大如斗”，指的是赵云胆量大，是中国古代人沿用了勇气与“胆”这个字眼的关系。胆囊与胆量没有关系，更不会切了胆囊就“没胆了”。

胰腺

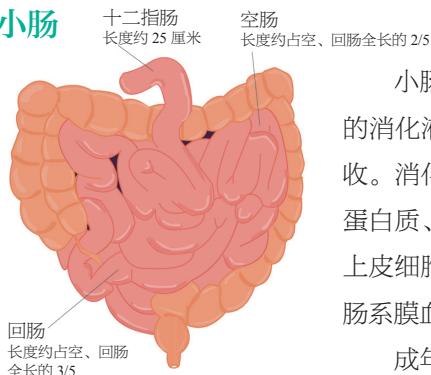


胰腺位于胃后方，上腹部的深处，具有外分泌、内分泌双重功能。

胰腺类似于肝脏，是一个实质性的脏器，具有内分泌和外分泌的功能。其外分泌的功能指的是胰腺能分泌含多种消化酶的消化液，经胰管进入十二指肠。胰腺分泌的消化液是机体最重要的消化液，能彻底分解初步消化的各种食物，包括蛋白质、脂肪、碳水化合物。我们平素吃的“大鱼大肉”就是靠活化的胰酶来进行化学消化的。因此每逢过年过节，医院就会额外接诊许多因暴饮暴食而引起的急性胰腺炎患者。急性胰腺炎发病的一个原因就是过多摄入“大鱼大肉”或酒精刺激胰腺分泌胰液过多。胰腺内分泌功能主要是产生胰岛素和胰高血糖素，这是调节血糖的两种重要激素。通常胰腺的内、外分泌功能互不影响，但胰腺发生病变（如

炎症和肿瘤)时,两种功能常常都要受到影响,表现为不仅消化功能不好,而且血糖也会出现异常,这种情况常见于急、慢性胰腺炎和胰腺肿瘤患者。

小肠

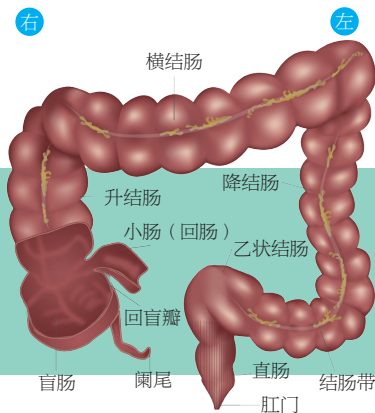


小肠占据腹部大部分的空间,一天分泌的消化液可达7~8升,其中90%都由小肠吸收。消化后的各种营养物质(碳水化合物、蛋白质、脂类、维生素及矿物质等)被小肠上皮细胞摄取,经过一级级血管汇合后转入肠系膜血管,最终回流运送至肝脏。

成年人小肠长度为4~5米,据估算一个成年人的小肠展开后面积有200~400平方米,之所以这么大,是因为小肠内壁表面并不光滑,里面的黏膜有很多环形皱襞,类似于皮肤皱纹,一圈圈密密麻麻的“皱纹”,大大增加了小肠内壁的表面积。而且,在环形皱襞上还分布了很多肠绒毛,肠绒毛上又有柱状细胞,每个柱状细胞上又分布着1000~3000个微绒毛,所有这些组织的表面积加起来,就达到了惊人的数字。这些微绒毛使食糜中的各种营养物质与小肠上皮细胞充分接触、高效吸收。

大肠

成年人的大肠约1.5米,整个形状就像是一扇门框盘旋在腹腔里,结肠按盘旋的位置可以分为升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠和直肠。



结肠俗称大肠，主要功能为吸收粪便中的水分，让粪便成形并临时存储。大肠黏膜具有很强的吸收水分的能力，每天最多可以吸收5~8升水，腹泻、便秘的发生与大肠吸收水分的功能密切相关。若大肠没有完全吸收水分，粪便还来不及成形就到了直肠排出体外，这就是所谓的腹泻。如果粪便在大肠内停留时间过久，几乎所有水分均被吸收，就形成了干燥难以解出的粪便。不少便秘患者往往因为解不出大便导致粪便在大肠中停留过久，导致粪便干燥、硬结从而更难解出，形成一种恶性循环，加剧了便秘症状。另外，如果食物中纤维素太少，造成经消化吸收后结肠内食物残渣容积太小，也不容易引起便意，这就是吃得太精细容易引起便秘的原因，因此治疗便秘要多吃些纤维素丰富的食物。

► 阑尾

阑尾位于右下腹盲肠的末端，是一条细长的盲管，平均长度5~10厘米，直径0.5~0.7厘米。阑尾是退化了的肠管，与其他消化道类似，也有空腔和肠壁的结构，但其管腔很狭窄且是“一条死胡同”，因此粪渣、粪石一不小心掉进阑尾里就很容易卡住出不来，这样的特点决定了阑尾容易发生炎症。

► 直肠

直肠位于盆腔内，主要功能是参与排便。排便反射受大脑皮层的意识控制，如果对便意经常予以制止，可使直肠对粪便压力刺激的敏感性逐渐降低，便意的刺激阈就会提高。另外，直肠黏膜由于炎症而敏感性提高，即使肠内只有少量粪便和黏液等，也可引起便意及排便反射，并在便后有排便未尽的感觉，临床上称为“里急后重”，这种情况常见于痢疾或肠炎。

肠道内的细菌

肠道内的细菌虽然不是人体的结构，但却是肠道内的常驻居民，其主

要集中在大肠，在人的大肠中，有多得数不清的细菌，据估约有地球人口总数的2万多倍，数字十分惊人！

从我们出生开始，通过进食不断地摄入各种各样的细菌，大多数细菌进入胃以后被胃酸杀死，只有小部分细菌能侥幸进入大肠，到达另一个天地。大肠里的环境呈中性或弱碱性，食物残渣通过的速度又很慢，这种环境对于细菌的繁殖和生活真是得天独厚，各种细菌便在这里“安家落户”，成为了代代定居在大肠里的菌株。肠道内的细菌组成与我们的饮食结构和年龄等多种因素有关。

一提到细菌，人们就会想到它们能致病，其实并不是这样。一部分会导致严重疾病的细菌我们称之为致病菌，但肠道内的多数细菌与我们和平共处，其中一部分细菌对我们还有益处：这些细菌中含有的酶，能很恰当地处理进入大肠的食物残渣和植物纤维素，通过发酵作用分解糖类和脂肪，通过腐败作用分解蛋白质，合成为人体必需的B族维生素和维生素K，使它们能被机体利用。

我们身体健康时各菌群与人体保持着一种平衡状态，不会给人体带来损害，所以被称为正常菌群。而且菌群之间互相制约，维持着相对的平衡。正常菌群在肠道内建立起一种数量优势，其他致病菌很难在其中扩大地盘。当机体防御能力因生病、过度疲劳、长期大量使用广谱抗生素等下降时，寄居在人体的各菌群就会失去平衡，引起疾病。

结肠内有多种细菌，如大肠杆菌、乳酸杆菌、链球菌、葡萄球菌等各种与肠道和平共处的细菌，这些细菌维持了肠道内的生态平衡和稳定。其中球菌和杆菌保持着一定的比例，球菌增多时常常发生便秘，杆菌较多则有利于维持正常的排便；而肠道内菌群失调时则可发生难治性腹泻。市面上卖的酸奶、益生菌产品也是为了补充肠道内的有益细菌，维持肠道内的菌群平衡。在补充益生菌时最好不要过度加热，另外最好在饭后服用，同时避免使用抗生素，否则容易杀死益生菌，起不到补充的效果。

第二章 消化系统疾病的常见症状与解读

消化系统疾病的症状与消化系统的功能与状态息息相关。

在胃肠道疾病发生时，身体会出现各种疾病信号。那么消化系统出现问题时常出现哪些症状呢？这些症状都有什么含义呢？出现哪些特殊的症状是我们要警惕的呢？

恶心、呕吐

► 恶心、呕吐是怎么回事

恶心、呕吐是胃肠道疾病最常见的症状，相信大家都有过体会。恶心是一种上腹部不适和想要吐的感觉，同时会伴有皮肤苍白（面色不好）、额头冒汗、口中唾液分泌等一系列反应。因此呕吐前的恶心给人留下了一种不愉快的回忆，往往呕吐后人会感觉舒服一些。

恶心发生在呕吐之前，如果胃里面还有食物，呕吐就会发生了；如果胃里面已经没有食物，那么就会发生干呕。呕吐会把胃和肠内容物从口腔驱出体外，呕吐时贲门开放、食管下端舒张，膈肌和腹肌强烈收缩而挤压胃体，使胃内容物通过食管经口吐出，剧烈呕吐时还可以吐出胆汁和小肠液。

虽然呕吐不好受，但从某些方面来看呕吐是一种具有保护意义的反射，对人体不利的有毒有害的东西一不小心被摄入，人体就会想办法把吃进去的东西排出来，这些是人类进化得到的本领。比如我们吃了不干净的食物，发生了食物中毒，最常见的症状就是呕吐和腹泻，借助呕吐可把进入胃内的有毒物质在未被全部吸收前排出体外，腹泻也是为了尽快把吃进去的有毒物质排出体外。喝酒过多容易呕吐也是同样的原理：一开始喝酒时酒精被人体吸收，随着吸收量的增多，大脑开始犯晕，大脑发现酒精这

东西对自己不利，于是启动防御。首先关闭幽门不再让胃里面的酒精继续往下走，然后不断地产生恶心感，促使呕吐发生，直到把胃里剩下的酒吐出来。

现实生活中，很多刺激都能诱发恶心呕吐，如消化道炎症、胆绞痛、肾绞痛、盆腔炎等病变刺激胃肠道感受器，通过迷走和交感神经传入呕吐中枢；晕车、晕船时前庭器官受刺激，经前庭神经传入呕吐中枢；视觉、嗅觉刺激可在传入间脑和大脑皮层后，再作用于呕吐中枢；而颅内压增高可直接刺激呕吐中枢。传出冲动沿迷走神经、交感神经、肠神经和脊神经等传至胃、小肠、肠肌、腹壁肌、膈肌等引起呕吐。

► 什么情况下会发生恶心呕吐



引起恶心、呕吐的常见原因

恶心、呕吐是很多消化系统疾病的共同表现，比如急慢性胃肠炎、食物中毒、功能性消化不良、急性胃扩张或幽门梗阻、急性阑尾炎、肠梗阻、腹型过敏性紫癜、急性肝炎、急慢性胆囊炎、胰腺炎等。

恶心、呕吐的发生有很多种情况，还有一大部分并不是消化系统本身的疾病，而是由其他系统的疾病通过内脏神经反射引起的，比如输尿管结石、急性肾盂肾炎、急性盆腔炎、异位妊娠破裂等。急性心肌梗死早期、心力衰竭、青光眼、屈光不正等亦可出现恶心、呕吐，在咽部受到刺激时也会发生，如胃食管反流、慢性咽炎、剧烈咳嗽、鼻咽部炎症或溢脓等。所以当自己无法判断时最好去医院就诊，以免延误病情。

► 需要警惕的一些情况

轻微呕吐影响食欲，在呕吐一两次后如果能好转则不需要特别处理；如果频繁呕吐好几天还没好转可能是消化道梗阻导致的，这种情况可以使大量消化液丢失，导致水电解质紊乱和酸碱平衡失调，须前往医院就诊；如果呕吐物中带有血色或咖啡色血块时为消化道出血，而且出血量还比较大，情况紧急，须立即送院就诊。

如果身边人恶心、呕吐前后出现昏迷、意识模糊、无力等情况，我们无法判断病情、无法处理时也应该将其尽快送医。在此同时，可以让患者侧卧，防止呕吐物堵塞呼吸道。

很多疾病都会发生呕吐，虽然本书主要介绍消化系统常见病，但很多其他系统的疾病也会引起恶心、呕吐症状。因此本书强调：呕吐症状并不只意味着胃肠道出了问题。

腹泻

腹泻俗称拉肚子，是消化道最常见的症状之一，是几乎人人都有过的经历。腹泻科学的定义是指排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，水分增加，通常含有未消化食物或脓血、黏液。

腹泻常伴有腹痛、排便急迫感、里急后重等症状。腹泻的直接原因是肠道蠕动过快，吸收减少，导致粪便还未成形就急着排出体外。

与呕吐类似，腹泻也有保护机体的一面。从最常见的吃坏肚子引起腹泻来说，主要是因为摄入了不干净食物含有的致病菌，被人体发现后就启动了防御系统，加快蠕动，尽量把这些有毒有害物质排出去。

腹泻分急性和慢性两类。急性腹泻发病急剧，病程在2~3周之内。慢性腹泻指病程在两个月以上或间歇期在2~4周内的复发性腹泻。

► 腹泻的原因

腹泻的发病机制相当复杂，有些因素又互为因果，从病理、生理角度可归纳为下列几个方面。

渗透性腹泻：这是由肠内容物渗透压增高，阻碍肠内水分的吸收而引起的腹泻。乳果糖、甘露醇等缓泻药就是这个原理。有的人喝牛奶就腹泻，也是这个原因，牛奶中含有乳糖，他们不能消化乳糖，形成肠内高渗，就像喝了泻药。

另外，消化功能不好也会发生这类腹泻：由于慢性胰腺炎、慢性萎缩性胃炎、胃大部切除术等造成胃液、胆汁、胰液等消化液分泌减少，食物无法充分消化，导致肠道内高渗带走大量水分到结肠而发生腹泻。

动力性腹泻：指的是肠蠕动亢进致肠内食糜停留时间缩短，未被充分吸收所致的腹泻，如各种胃肠炎、肠易激综合征、甲状腺功能亢进、胃肠功能紊乱等所导致的腹泻。

分泌性腹泻：一般是因为肠道炎症引起的，在炎症因子的刺激下使得肠道分泌大量液体，渗出物增多影响吸收而导致腹泻。



补充阅读

肠道炎症可能是一些传染病引起的：病毒性胃肠炎、细菌性痢疾、肠结核等；也可是一些非感染性疾病引起的：溃疡性结肠炎、克罗恩病、肿瘤溃烂等均可使炎症性渗出物增多而致腹泻，某些胃肠道内分泌肿瘤如胃泌素瘤所致的腹泻也属于分泌性腹泻。

其他：由肠黏膜的吸收面积减少或吸收障碍引起，如肠道手术后、吸收不良综合征、小儿乳糜泻等。

► 腹泻的危害：大量、频繁腹泻会导致脱水

腹泻虽然有保护机体功能的一面，但凡事物极必反，如果腹泻很严重或者矫枉过正，还是对人有害的。这点尤其体现在儿童身上，由于免疫系统和肠道调节功能还未发育完善，小儿最容易因腹泻而产生脱水。轻、中度脱水可以通过口服来补液，服用口服补液盐不仅可以补充水分，还可以补充电解质。第三代补液盐，也就是“低渗补液盐”，是目前世界卫生组织（WHO）推荐的，很便宜也很安全，但重度脱水要尽早去医院就诊。

► 腹泻需要警惕的一些情况

如果腹泻伴有红色、暗红色血便或者柏油样黑便时要特别警惕，这种腹泻是消化道出血引起的，如果出血量比较大会导致头晕眼花、甚至休克，此时应该及时送医。同样如果腹泻伴有发热、腹痛不缓解、严重呕吐、黄疸、乏力等情况也要警惕，这些情况的腹泻往往是有其他病因，需要检查和治疗。

► 关于腹泻的一些常见误区

一旦发生腹泻，我们不该随便使用止泻药或者乱吃抗生素。很多人在腹泻时就会想当然地使用止泻药，试图立竿见影地终止腹泻，殊不知这样

是掩盖病情、耽误治疗的做法。如果因为感染而发生腹泻，此时腹泻是人体的一种防御手段，目的是尽快将有毒有害物质排出去，这种情况下吃止泻药是费力不讨好的。

还有一种常见的误区就是腹泻了就去药店买“诺氟沙星”等抗生素，以为腹泻就是细菌引起的，使用抗生素杀杀菌比较“安全”。其实我们体内的胃酸可以杀死绝大多数细菌，而且肠道内有正常菌群，可以抵抗外来细菌的繁殖。一般来说吃了不干净食物引起的腹泻不是因为细菌本身导致的，而是这些细菌产生的毒素所致。抗生素本身是在机体抵抗力弱时辅助人体杀死细菌的，对细菌产生的毒素是没有用的。所以，在绝大多数情况下，使用抗生素是不合适的，而且长期乱用抗生素会打乱肠道内菌群平衡，反而会导致顽固腹泻。引起腹泻的原因有很多，希望腹泻患者找准原因对症下药，不要盲目地诊治。

究竟是什么原因引起的腹泻，是什么类型的腹泻，在自己无法判断时还是要到正规医院进行检查。擅自使用抗生素、止泻药可能没有效果，同时也浪费钱，最大的危害还在于滥用药物所带来的危害和延误病情。

腹痛

腹痛，相信大家都不陌生，大多数人都有过腹痛的经历。平时生活里最常体验到的腹痛是吃坏肚子后，肠子一阵一阵痉挛疼痛，忍一忍，揉一揉，上个厕所就过去了。腹痛反映的疾病可轻可重，轻到受寒胃肠痉挛，重到恶性肿瘤，缓有慢性阑尾炎、慢性胆囊炎，急有胃肠穿孔，甚至心梗，都会引起腹痛。它常见，却也是情况变化最多、处理起来最为复杂的症状。

引起腹痛的疾病很多，常见的大多为胃肠道、肝、胆、胰腺等病变，另外还有心血管疾病、妇科疾病、泌尿生殖器官疾病、铅中毒、糖尿病酮症酸中毒等中毒代谢性疾病以及神经官能性腹痛。轻微的腹痛、一阵一阵的腹痛多为消化不良等胃肠道小毛病所引起，而持续性严重的腹痛可能是

十分严重的疾病的表现。

见到不少患者抱怨片子也拍了，B超也照了，甚至CT都做了，怎么连个肚子疼的原因都找不到呢？的确如此，腹痛是急诊科最常见的就诊原因，也是最复杂的一项临床症状，林林总总上百种疾病都可能会出现腹痛，诊断和处理也要分轻重缓急。

► 情况不妙征兆

以下这些情况通常都意味着出现腹痛的情况比较严重，不可掉以轻心，须及时前往医院就诊：持续性加重或者不缓解的腹痛，急性突发、难以忍受（痛得到处打滚），又腹痛又发热，腹痛伴黄疸，腹痛伴面色苍白、头晕眼花、手脚冰凉，乏力或意识模糊等，怀孕后腹痛，跌倒、撞伤等外伤后出现腹痛，腹痛伴有胸痛，腹痛伴有腹部膨隆或肌紧张，腹痛伴黑便或血便，腹痛伴持续呕吐等，这些情况是一定要及时、及早就医的。

就医时应该详细向医生描述腹痛的部位、腹痛发作的方式、发作的时间以及腹痛以外的症状。就诊前可进行自我处理，包括两腿屈曲侧卧，腹膜炎患者则以半坐位为好。

► 常见腹部疾病的疼痛特点

下面简单介绍一些有特征的腹痛，这些特殊性的腹痛也是某些疾病的特点。了解这些有利于我们以后在遇到腹痛时可以有一些大致的概念和判断，但当自己无法判断时还是应该及时去医院，以免耽误病情。

1. 腹痛开始为弥漫性脐部四周钝痛，十几个小时之后疼痛加剧且转移，固定至右下腹，此时可能为阑尾炎。
2. 腹痛阵发性或持续加重并伴有呕吐，此时可能为肠梗阻。
3. 腹痛伴有黑便、血便，是消化道出血，需要尽快就医。
4. 腹痛的部位在腰（肚脐）以下，小便时有灼痛感且次数增多，可能为膀胱炎。

5. 女性腹痛，部位在中下腹部，突然出现剧烈阵发性疼痛，可能为卵巢囊肿蒂扭转。

6. 育龄妇女突然下腹痛，有停经史，伴不规则阴道出血、晕厥或休克，可能为宫外孕破裂。

7. 腹痛由腰旁开始，然后向下斜移至腹股沟，可能为输尿管病变或者肾炎。

8. 在右肋骨以下、腰部的右边痛或上腹痛，进食油腻后明显，可能为胆结石、胆囊炎。

► 需要做哪些检查

急性腹痛的检查以能快速简单判断病情的最为合适，医生一般会根据疾病特点、病史，在体格检查后加上一些必要快速的检查。

1. 血、尿、粪常规检查。血常规的血白细胞总数及中性粒细胞数增高提示有炎症病变，血常规几乎是每个腹痛患者都要检查的项目。尿中出现大量红细胞提示泌尿系统结石、肿瘤或外伤，有蛋白尿和尿中白细胞则提示泌尿系统感染。脓血便提示肠道感染，血便提示狭窄性肠梗阻、肠系膜血栓栓塞、出血性肠炎等。

2. 血液生化检查。血液生化检查的血清淀粉酶增高提示为胰腺炎，是腹痛鉴别诊断中最常用的血生化检查。血糖与血酮的测定可用于鉴别糖尿病酮症引起的腹痛。血清胆红素增高提示有胆道疾病。肝、肾功能及电解质的检查对判断病情亦有帮助。

3. 腹腔穿刺液的常规及生化检查。腹痛诊断未明而发现腹腔积液时，必须做腹腔穿刺检查。穿刺所得液体应送常规及生化检查，必要时还要做细菌培养。不过通常取得穿刺液后肉眼观察已有助于腹腔内出血、感染的诊断。

4. X线检查。腹部X线平片检查在腹痛的诊断中应用最广。膈下发现

游离气体的，几乎可确定为胃肠道穿孔。肠腔积气扩张、肠中多数液平则可诊断为肠梗阻。输尿管部位的钙化影可提示输尿管结石。腰大肌影模糊或消失提示腹膜炎或出血。X线钡餐造影或钡灌肠检查可以发现胃十二指肠溃疡、肿瘤等。

5. 实时超声与CT检查。对肝、胆、胰疾病的鉴别诊断有重要作用，必要时依超声检查定位做肝穿刺等，肝脓肿、肝癌等可因此确诊。

6. 内镜检查。可用于胃肠道疾病的鉴别诊断，在慢性腹痛的患者中常有此需要。

7. B超检查。主要用于检查胆道和泌尿结石、胆管扩张、胰腺及肝脾肿大等。对腹腔少量积液、腹内囊肿及炎性肿物也有较好的诊断价值。

8. 心电图检查。对年龄较大者，应做心电图检查，以了解心肌供血情况，排除心肌梗死和心绞痛。

特别需要注意的是，急性腹痛在就诊前不要乱吃止痛药，最好不进食。急性腹痛的鉴别诊断不是很容易，去医院急诊前暂时不要饮水或进食，否则万一是胃肠穿孔，会加重病情。如果需要紧急手术，进食会增加麻醉的难度；不要吃止痛药，因为医生诊断病因主要是根据疼痛的部位、性质、程度及进展情况，一旦用止痛药掩盖了症状，会给医生诊断带来困难。在病因明确后可以根据情况适当应用止痛药。

► 心源性腹痛

虽然心源性腹痛不是消化系统疾病引起的，但一旦发生却是致命的，而且往往容易被忽视。

先从一个案例讲起，40多岁的老王应酬酒局后回家，因出现上腹痛伴有恶心、呕吐就诊。值班医生要老王先做检查，家属不理解：“肚子痛得要命，不先给止痛，先做什么检查？”家属强烈要求先止痛，值班医生坚持先去做心电图检查，家属大骂不予配合，医生迫于压力开了止痛针。护

士刚打完止痛针来不及做心电图，老王突然死亡，家属大闹医院。

肚子痛为什么要做心电图？因为肚子痛有可能是心脏疾病引起的，这就是所谓的心源性腹痛，不要忽视任何一种原因不明的腹痛，因为如果是心脏引起的往往都是致命的。

以下列举几种常见的心源性腹痛。

1. 最常见的也是最要命的是急性心肌梗死引起的腹痛，大约有8%的心肌梗死病例会出现腹痛症状。在心梗早期可表现为突发上腹部剧痛，伴有恶心、呕吐，非常容易误以为是胃肠道疾病或胆囊炎。所以，既往有冠心病、心绞痛病史的中老年患者突然出现上腹剧痛，甚至少数患者没有冠心病史但出现持续性剧烈的腹痛时，一定要做心电图，排除急性心肌梗死。心电图是排除心梗最简单有效的办法。

2. 心绞痛发病时也可能会出现腹痛症状。心绞痛时冠状动脉血流量减少，心肌缺血、缺氧，心肌内的代谢产物积聚过多，比如乳酸等，刺激心脏内自主神经的传入神经末梢产生疼痛的感觉，表现为上腹部疼痛。此类腹痛往往会表现出与活动相关，休息可以缓解，少数会表现为静息性上腹痛，很容易误诊为急性胃肠炎。因为这几种疾病的疼痛都是由内脏神经传导的。

3. 主动脉夹层：多数见于既往有高血压病史的患者。主动脉夹层疼痛部位有时可提示撕裂口的部位，虽然胸痛多见，但少数也有腰背痛以及腹痛等表现，可放射到下肢。双侧桡动脉或足背动脉搏动不一致，一侧搏动明显减弱或消失。既往有高血压病的患者，出现上述情况要特别考虑到主动脉夹层，及时前往医院确诊。

4. 肠系膜血栓：多继发于心房颤动的患者，持续性腹痛伴恶心、呕吐，可有血便，止痛药物无效，如果处理不及时会发展为肠坏死。既往病史有心房颤动的患者，出现上述症状，要高度警惕。

► 如何分辨

心血管疾病引起的腹痛往往是持续、难以缓解的，甚至出现面色苍白，而胃肠道问题引起的腹痛常常是一阵一阵的。通过对以上常见心源性腹痛的了解，前面探讨的病例死因相信大家也猜到了，老王死于急性心肌梗死。希望大家明白，如果发生剧烈持续的腹痛，一定不要忽视，中老年朋友合并有心脑血管疾病的，建议及时呼叫120到医院就诊检查，以免延误诊治的时机，发生意外。

如果腹痛到医院就诊，医生通常会给你开腹部B超、血常规、血生化检查，必要的情况下，会做全腹CT和心电图检查。

黄疸

► 黄疸是怎么回事

黄疸是由于血液中胆红素的浓度升高所致，常因为肝内胆红素代谢障碍引起。胆红素是一种色素，是有颜色的，胆汁呈橙黄色就是因为它，粪便呈黄色也是因为食物消化时混入了胆汁。胆红素是红细胞中血红素分解代谢的产物，80%左右的胆红素来源于衰老的红细胞。胆红素作为胆汁成分之一随胆汁分泌至消化道，因此一部分胆红素就与粪便一同排出体外。临床上有一部分黄疸患者皮肤黄、尿黄，大便却是白的，这种信号告诉我们胆汁无法正常排泄到肠道，这种黄疸的原因不是肝炎，而是胆道被堵塞了。

黄疸发生时巩膜、黏膜、皮肤甚至尿、痰、泪液及汗液也会因为胆红素高而呈现黄色，肝病晚期的患者很多人全身都是黄染的。因巩膜（眼白）含有较多的弹性硬蛋白，与胆红素有较强的亲和力，故黄疸患者巩膜黄染常先于黏膜、皮肤而首先被察觉。当血清总胆红素超高一点时肉眼看不出黄疸，通过验血可以发现该指标有升高，称隐性黄疸或亚临床黄疸；当血清总胆红素浓度很高时肉眼就可以看出，称为显性黄疸。

► 什么情况下会发生黄疸

黄疸的产生原因是多方面的，可以分为溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、胆汁淤积性黄疸。溶血性黄疸是由于大量红细胞的破坏，形成大量非结合胆红素，超过肝细胞的摄取、结合与排泌能力；肝细胞性黄疸是由于肝细胞的损伤导致肝细胞对胆红素的摄取、结合功能降低，因而血中的胆红素含量增加而导致的；胆汁淤积性黄疸是由于胆管梗阻，胆汁逆流而上进入肝血窦引起的，这种情况胆汁没办法正常进入肠道，患者的粪便通常呈现白陶土样的颜色。

黄疸伴发热最常见的情况是肝胆系统疾病，比如急性化脓性胆管炎。黄疸伴腹痛一般是胆道梗阻后胆管痉挛导致的疼痛，梗阻导致胆汁无法流到肠道而逆流到肝脏，常合并感染。与消化系统其他症状相比，黄疸发生时一般都不是小问题，须及时送医。

腹胀

腹胀是一种主观上的感觉，感到腹部的一部分或全腹部胀满，也可以是一种客观上的检查所见，发现腹部一部分或全腹部膨隆，常常伴有相关的症状，如呕吐、腹泻、嗝气等。

► 腹胀的原因

腹胀也是一种常见的消化系统症状，引起腹胀的原因主要为胃肠道胀气、各种原因所致的腹水、腹腔肿瘤等，有时候也可以只是因为消化功能紊乱或者功能性原因。

腹胀最常见的体验来源于我们平时吃饱饭的感觉。胃肠不断在蠕动，把消化好的食物推向远端，当疾病出现时（阻塞、炎症、感染等）胃肠道蠕动不正常，食物不能正常向下方推进，就会产生腹胀的感觉。

腹胀一般不会单独发生，通常有很多伴随症状。

1. 腹胀伴腹痛。伴剧烈腹痛时应考虑有急性胆囊炎、胰腺炎、肠梗

阻、急性腹膜炎、肠系膜血管栓塞或血栓形成、肠扭转、肠套叠等病变的可能。

2. 腹胀伴呕吐。多见于幽门梗阻、肠梗阻等病变，其次可见于肝胆及胰腺病变，功能性消化不良及吞气症等功能性病变有时也可发生呕吐。

3. 腹胀伴暖气。常见于吞气症、功能性消化不良、慢性萎缩性胃炎、胃下垂、溃疡病及幽门梗阻等。

4. 腹胀伴便秘。多见于习惯性便秘、肠易激综合征（便秘型）、肠梗阻、左半结肠癌等。

5. 腹胀伴腹泻。多见于急性肠道感染、肝硬化、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、吸收不良综合征等。

6. 腹胀伴肛门排气增加。多见于食物在肠道发酵后结肠内气体过多、肠易激综合征等。

7. 腹胀伴发热。多见于伤寒、急性肠道炎症、肠结核、结核性腹膜炎及败血症等。

8. 腹胀伴肠型或振水音。腹胀伴肠型或异常蠕动波多见于肠梗阻，当胃部有振水音时，多考虑为胃潴留或幽门梗阻。

便血

小王在今年春节前第一次出现便血，第二天没出现，他以为病情好转了，再加上过春节忙着四处奔走拜年，所以他并没到医院就诊。小王没有想到，几个月后便血症状开始反复出现，并且便血的次数越来越频繁，原因是直肠内长了一颗息肉，不断在出血。后来他到医院做了切除。

血液从肛门排出，粪便颜色呈鲜红、暗红或柏油样（黑便），均称为便血。其实便血只是一个症状，并非一种疾病。便血有很多原因，多见于下消化道出血，特别是结肠与直肠病变的出血，但亦可见于上消化道出血。便血的颜色取决于消化道出血的部位、出血量与血液在胃肠道停留的时间：如果病变的部位比较低，则一般还可以呈现血液的红色或暗红色，在肛门、直肠处出血一般就是鲜红色，如果是小肠或者胃出血，则从肛门解出来时一般已经被消化为黑色或柏油样的颜色，因此黑便是消化道出血的一种标志。

消化道在正常情况下是不会无缘无故出血的，因此发现血便（包括红色、暗红色或者柏油样黑色）不能掉以轻心，一定要去查出原因。很多肿瘤在早中期就会表现为消化道出血，不应该因为不知道这个“信号”而错过早期发现肿瘤的机会。

大便出血有好几种情况，如果是鲜红色出血则一般是痔疮引起的，且血液在大便表面；如果是带有黏液或者暗红色，则可能是肿瘤引起的，如果有大量黑便则可能有消化道出血，下面进行详细讲解。

► 鲜红血便

鲜红色出血一般是血液流出血管外很短时间就经肛门随粪便排出，或便后直接流出，多为急性（即时）出血。流出的血液外观类似外伤出血，颜色鲜红或紫红、暗红，时间稍久可以凝固成血块。常见于以下疾病。

1. 痔疮。内痔和混合痔均可引起大便出血，一般为粪便附有鲜血或便后滴血。外痔一般无大便出血。
2. 肠息肉。为无痛性大便出血。排便时出血，排便结束后出血停止，量多少不等，一般血液不与粪便相混，但若息肉位置高、数量多，出血也可与粪便相混。
3. 直肠脱垂。久病后可在排便时出血。

4. 肛裂。便血、出血方式为粪便表面一侧附有血迹，不与粪便相混，部分患者表现为便后滴血。

► 脓血/黏液血便

即排出的粪便中既有脓（黏）液，也有血液。脓（黏）液血便往往见于直肠或结肠内的肿瘤及炎症。常见于以下疾病。

1. 直肠癌。血色较新鲜或暗红色，粪便中可有黏液，往往血液、黏液、粪便三者相混。
2. 结肠癌。随病程延长逐渐出现大便出血，多为含有脓液或黏液的血便，血色较暗。
3. 溃疡性结肠炎。黏液便或脓血便，同时伴有下腹疼痛。
4. 肠道感染性疾病，如细菌性痢疾、阿米巴肠病等。

► 黑便

黑便又称为柏油便，大便呈黑色或棕黑色，为上消化道出血最常见的症状之一。如果出血量较少，且出血速度较慢，血液在肠内停留时间较长，排出的粪便即为黑色；若出血量较多，在肠内停留时间较短，则排出的血液呈暗红色；若出血量特别大，而且很快排出时也可呈鲜红色。

► 隐血阳性

所谓隐血阳性是指小量（微量）消化道出血不会引起粪便颜色改变，仅在粪便隐血试验时呈阳性，称为隐血便。所有引起消化道出血的疾病都可以发生隐血便，常见的如溃疡、炎症及肿瘤。便隐血试验可检测粪便中的少量（微量）血液成分。肠息肉（癌）的早期粪便隐血可呈现阳性，定期进行粪便隐血检测是结、直肠肿瘤筛查（初筛）的重要途径。

总而言之，出现便血情况时，都不应该大意，应该及时前往医院进行检查，因为便血现象一般是不会无缘无故出现的，有出血就说明肠道内壁或血管有溃疡或破损。

第三章 消化系统疾病常见检查方法

各种纷繁复杂的检查让一般百姓摸不着头脑，检查并不是越多越好，也不是越贵越好，检查需要有针对性，这个章节主要介绍一下消化系统疾病常用到的检查。

随着人们对身体健康越来越重视，“轻伤不下火线，重伤不进医院”的观念已渐渐被抛弃，以前可有可无的检查被越来越多的人当成必修课。有的人甚至走到另一个极端，认为检查越多、越频繁越好，那是不是这样呢？

不少民营体检中心推出一系列高档检查套餐，项目有的多达百项以上，各种CT、磁共振、骨扫描等，有人甚至不惜花上万元做一次PET-CT（正电子发射计算机断层显像）进行全身检查。曾经碰到不少人以为一个全身CT可以把全身各部位都扫描下来，简单了事可以把所有的问题都“扫描”出来，这种想法是走偏了的。检查并非越先进越好，高科技影像检查也不见得高明，仍有其局限性。例如，检查脂肪肝、肝纤维化、肝硬化，传统的超声准确度要比磁共振高。

► 每种检查都有其各自的用处和特点

腹部彩超适合检查腹腔内实质性的器官，比如肝、胆、胰，而对胃肠道这种充满气体的器官就无能为力。那么胃镜、肠镜检查就是专为这种消化道而生的，特别适合诊断和处理消化道的各种病变。CT、磁共振等则是从整个腹腔或人体的角度来评价器官以及器官之间的情况。

► 每种疾病也都有其最合适的检查方法

比如查胃病最好的办法是胃镜，因为胃部的病变绝大多数都是发生在消化食物的黏膜面，胃镜就对胃黏膜进行直接检查。查肝胆疾病一般采用彩超或CT，与胃肠道不同，肝胆位置深且不像胃肠道有大的开口，不能用

内镜检查，但肝胆都是实质性的器官（胆囊内一般充满胆汁），可以用CT或者超声这类仪器很好地反映出其内在结构。

不同疾病也有最敏感的检查手段，比如判断有没有胆囊结石做一个B超才是最好的选择，一般没有必要做CT或者磁共振，它们对胆囊结石的敏感性没有B超高。还是那句话：检查不能盲目追求高科技，项目选择要有针对性，要选择最合适的检查手段才合理。具体的哪些疾病要用到哪些相应的检查在后面的具体章节会详细谈到。

实验室检查

► 肝功能

» 肝功能指的是什么

提到肝功能很多人会想到转氨酶，甚至有人认为转氨酶就是肝功能，这样的观念是片面的。肝功能的种类很多，反映肝功能的试验有上百种，转氨酶只是反映肝细胞损伤的一种指标，要评估肝功能则需要更多指标。

前面介绍到肝脏是人体内最大的实质性腺体器官，最主要的功能是物质代谢功能，统筹管理我们吸收的营养物质包括氨基酸、糖、脂类、维生素、激素等。反映肝脏这些代谢功能的指标才能称之为肝功能，我们最常听说的转氨酶只是其中的一小部分，肝功能与转氨酶是两个概念，不能片面理解为转氨酶正常就是肝功能好，转氨酶异常就是肝功能不好。

» 肝功能检查最常见的指标

转氨酶

我们最常听说的有丙氨酸转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)、碱性磷酸酶(ALP)、 γ -谷氨酰转肽酶(γ -GGT)。这类检查是检测肝细胞中一些特殊的酶，正常情况这些酶在肝细胞内是不会跑出来的，当肝细胞受损或者坏死变性时这些酶就会跑到血液中，才可以被检测到。通过检测这些酶就可以反映肝细胞损伤坏死的情况，比如慢性乙肝、脂肪肝等都会出现转氨酶升高。其实转氨酶是肝细胞损伤的一种指标，不反映肝

脏代谢功能，因此转氨酶高不高与肝脏功能好不好没多大关系。

对于健康人来说，转氨酶水平在正常范围内升高或降低，并不意味着肝脏出了问题，因为转氨酶非常敏感，健康人在一天之内的不同时间检查，转氨酶水平都有可能产生波动。健康人的转氨酶水平也有可能暂时超出正常范围。剧烈运动、过于劳累或者近期吃过油腻食物，都可能使转氨酶暂时偏高。如果在检查转氨酶前一晚加班工作，没睡好觉，或是体检前早餐时吃了油炸的食物，检查结果可能会超出正常范围；一个人刚刚在操场上跑了几圈，就立刻检查他的转氨酶水平，结果也可能会高出正常范围。如果是由于这些情况导致转氨酶升高，只要好好休息，过一段时间再做检查，就会发现转氨酶水平恢复正常了。

白蛋白

白蛋白是反映肝功能的重要指标。白蛋白是血浆的重要成分，具有很多重要的生理功能。白蛋白低的话组织容易水肿、愈合能力变差，很多肝病晚期患者就是顽固的低蛋白血症患者，治疗起来非常棘手。若白蛋白水平下降至25克/升，可出现腹水。血液中的白蛋白几乎都是肝脏合成的，当肝脏这个“化工厂”原料不足或受损时白蛋白就没有办法合成了。肝病患者到后期都会出现白蛋白下降，主要原因是肝脏合成功能下降，“化工厂”坏了。而消化吸收功能障碍，比如饥荒时代吃不饱饭这种情况下引起的白蛋白低是因为供应合成蛋白的原料不足导致的，即“化工厂”原料不足。肾病患者的低白蛋白是由于“漏出太多”，大量蛋白都从尿中排出所致。

胆红素

胆红素也是肝功能检查里比较容易出问题的指标，也是引起“黄疸”的根本原因，黄疸的定义就是血液中胆红素的浓度升高。胆红素也分为两类，直接胆红素(也称为结合胆红素)和间接胆红素(也称为非结合胆红素)，两种胆红素加在一起就是化验单里面的总胆红素。这两种胆红素可以说是“父子”关系。血液中每天都有一定数量的红细胞被破坏，这些红细胞能

够释放间接胆红素。正常的肝脏每天都在吸收这些间接胆红素，并将它转变为直接胆红素，成为胆汁中的成分之一。胆红素升高常见于肝炎、肝硬化、胆总管结石、胆管癌等导致胆管堵塞的疾病。除肝胆疾病外，红细胞破坏过多也是胆红素升高常见原因之一，比如小儿黄疸。

IV型胶原

IV型胶原是反映肝纤维化和肝硬化的一个指标，它是一种胶原蛋白，是构成肝细胞基底膜的成分。当肝脏发生纤维化时，基底膜遭受破坏，胶原蛋白可增加50%左右，在胶原增生过程中，IV型胶原会流失到血液中。所以血清IV型胶原的测定可作为较好的肝纤维化的早期诊断指标，也能反映肝纤维化程度，随着慢性乙肝→肝纤维化→肝硬化→肝癌病程演变，IV型胶原在血清含量逐步升高。

» 关于肝功能检查的一些常见疑问

做肝功检查前为什么要空腹

以前临床上所有肝功能检查都要求采取空腹血样，进食后食物被小肠吸收、血液中成分发生了改变，特别是食入高蛋白或高脂肪食物，更容易出现结果的偏差。

现在检验方法已经升级，即使是吃了饭去做检查也可以，特别是在急诊时的应用不再受进食影响。但是需要注意的是，我们人为定出来各项正常参考值，是正常人在空腹血所测得的数值，最后用统计学方法处理后求得的。由于空腹胃肠的消化与吸收活动已基本完毕，因而血液中的各种生化成分较稳定，此时测得的各种数值更能真实地反映机体的情况，有助于疾病的诊断。如果在进食后采血，多少还是会因为食物的影响而无法对检验结果进行判断。因此在非急诊时仍建议尽量空腹采血，这样测出来的指标更有参考价值。

转氨酶升高就是乙肝吗

当然不是，前面已经谈到，不能简单地以指标作为疾病的诊断。很多人误以为肝功能异常就是乙型肝炎，有些单位甚至会因为新员工工体检转氨酶异常，认为他们是乙肝而拒收，实际上这是很常见的误区。转氨酶升高是肝细胞受损的指标，不是诊断乙肝的指标。虽然中国最常见的转氨酶升高的原因是乙肝，但还有很多原因会导致肝细胞受损，比如酒精性肝炎、脂肪肝、药物性肝炎等其他原因引起的肝损害。而要诊断乙肝，就要有专门针对乙肝病毒的检测，对此后面在乙肝两对半的章节会详细讲解。

转氨酶升高意味着肝细胞受到了损害，高得特别厉害一般是坏死性的，见于绝大多数情况，但也有大约6%的无症状正常人群的转氨酶会升高。因此，仅仅一次异常的肝脏检测结果未必能将其确诊为肝病。

转氨酶升高常见于哪些疾病

转氨酶升高常见于以下疾病。

1. 各种急慢性肝炎。都会导致肝细胞损伤，一过性或者持续性地对肝细胞造成损伤。
2. 药物损伤。多种药物和化学制剂都能引起肝细胞损伤继而导致转氨酶升高，特点是一般停药后指标即可恢复正常。药物性肝损伤发生的并不少，但发现的并不多，这部分内容可以阅读本书“药物性肝炎”章节做更多了解。
3. 脂肪肝、酒精肝。喝酒与肥胖造成的肝炎是最普遍的，但因此也往往不能得到重视，其实与慢性病毒性肝炎一样，若长期患有脂肪肝或者长期酗酒也会造成严重的肝损伤甚至肝硬化。
4. 肝硬化。在肝硬化时，一般都会出现持续转氨酶的升高，而当晚期肝病患者转氨酶不再升高时并不是好兆头，往往意味着肝脏严重损伤。
5. 非病理性原因。比如剧烈运动、过于劳累或检查前吃过油腻食物、饮酒、熬夜等，都可能引起轻度转氨酶升高，但属于一过性转氨酶升高，一般在体检时偶然间发现，较难找出原因。

如果体检发现转氨酶升高，原因有很多，因此对于出现转氨酶升高的情况，应进一步检查，找出病因，采取有效的措施。切忌胡乱猜疑，以免造成不必要的心理负担，首先应明确以下几个问题。

1. 明确自己有没有感染乙肝或者其他类型肝炎（甲肝、丙肝、戊肝等）。
2. 抽血前有没有吃药、酗酒、熬夜、外伤等。
3. 体重是否超标、是否经常喝酒。

若没有以上问题，也没有任何不适感，隔一段时间复查即可，若还是持续升高超过正常的2倍须再做更全面的检查。

转氨酶异常能自己恢复吗

大部分可以，某些病因的转氨酶升高是可以自愈的。比如短期的病毒感染、服药导致的药物性肝炎、大量饮酒、疲劳等，在纠正了病因、诱因后是完全可以自愈的，不一定需要药物治疗。但是不管什么病因，如果转氨酶超过了正常值的2倍以上，就应该在医生的指导下做进一步观察或诊治。

► 乙肝两对半

乙型肝炎是我国一个严重的公众健康问题。近10多年来，随着医学的发展，对乙肝的防治已取得了很大进展，但人们对乙肝的认识仍存在不少误区，给社会公众和乙肝患者带来许多不必要的恐慌和巨大的心理压力。其中对乙肝“大三阳”和“小三阳”认识上的误解较为普遍：错误地认为“大三阳”是病情严重的表现，不治疗不行；错误地认为“小三阳”表示病情已缓解，不治疗关系不大等。

» 乙肝病毒检测有哪些指标

乙肝初期症状并不明显，所以大部分乙肝患者并不知情，必须借助乙肝检查的手段才能让乙肝病毒“现身”。因此，乙肝检查成为了解治疗效果和病情变化的必要手段。主要检测手段有乙肝病毒标志物、乙肝病毒定量和相应的肝功能检测。

乙肝病毒标志物即我们最常听到的乙肝两对半，是一种免疫学指标，通过检测血液中乙肝病毒本体和人体产生的抗体两类指标来反映乙肝病毒感染人体的情况。乙型肝炎病毒免疫学标记一共3对，即表面抗原和表面抗体、e抗原和e抗体、核心抗原和核心抗体；简写分别是HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAg、HBcAb。

乙肝病毒表面抗原（HBsAg）

乙肝病毒表面抗体（HBsAb），也有缩写为抗-HBs

乙肝病毒e抗原（HBeAg）

乙肝病毒e抗体（HBeAb），也有缩写为抗-HBe

乙肝病毒核心抗体（HBcAb），也有缩写为抗-HBc

乙肝病毒核心抗原（HBcAg）

由于第六项核心抗原HBcAg在血中不易测到，过去一般不检测，所以常见的检查就是以上项目，也就是人们常说的“乙肝两对半”检查，或称“乙肝五项”检查。

Ag是英文单词antigen（抗原）的缩写，理解为乙肝病毒的一部分；Ab是英文单词antibody（抗体）的缩写，理解为人體接触乙肝病毒后经过免疫反应产生的保护性抗体，有对抗乙肝病毒的作用。乙肝疫苗就是利用灭活病毒诱导人体产生保护性抗体，因此没接触过乙肝病毒或者没接种过疫苗的人是不会产生乙肝相关抗体的。

» 如何理解乙肝两对半标志物

通俗易懂地说，抗原是乙肝病毒的一部分；抗体是人体产生的，用于对抗乙肝病毒。阳性抗原代表血液中检测到了病毒的结构，抗体阳性代表人体接触病毒后产生了免疫球蛋白。乙肝病毒标志物的高低本身不反映病情的严重性，评估“乙肝”严重性需要结合肝脏功能和人体的症状或状态来评价。

» 乙肝两对半各项指标的意义

1. 乙肝病毒表面抗原（HBsAg）是乙肝病毒的外壳，不含DNA，血液中只有HBsAg本身不具传染性。临床参考价值：因其常与乙肝病毒（HBV）同时存在，常被用来作为传染性标志之一。乙肝病毒携带者HBsAg呈阳性，其阳性见于急性乙肝的潜伏期，发病时达高峰；如果发病后3个月不转阴，则易发展成慢性乙型肝炎或肝硬化。

2. 乙肝病毒表面抗体（HBsAb）是种保护性抗体，可阻止HBV穿过细胞膜进入新的肝细胞。HBsAb阳性提示机体对乙肝病毒有一定程度的免疫力，为是否康复或是否有抵抗力的主要标志。HBsAb一般在发病后3~6个月才出现，可持续多年。乙肝疫苗接种者，若仅此项阳性，应视为乙肝疫苗接种后正常现象；感染乙肝病毒后依靠自身免疫力清除乙肝病毒的人体内也会产生表面抗体，这是一种好现象。

3. 乙肝病毒e抗原（HBeAg）为病毒复制标志，阳性表明乙型肝炎处于活动期，并有较强的传染性。临床参考价值：HBeAg持续阳性3个月以上则有慢性化倾向，表明肝细胞损害较重，容易转为慢性乙肝。孕妇阳性可引起垂直传播，致90%以上的新生儿呈HBeAg阳性。

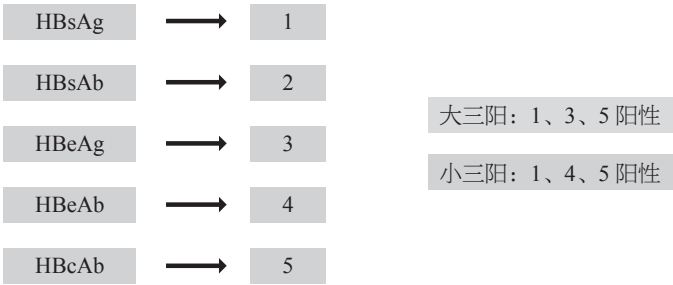
4. 乙肝病毒e抗体（HBeAb）阳性表示大部分乙肝病毒被消除，复制减少，传染性降低，但并非无传染性。临床参考价值：乙肝急性期即出现HBeAb阳性者，易进展为慢性乙型肝炎；慢性活动性肝炎出现HBeAb阳性者可进展为肝硬化；HBeAg与HBeAb均阳性，且ALT升高时可进展为原发性肝癌。

5. 乙肝病毒核心抗体（HBcAb）为曾经感染过或正在感染者都会出现的标志。临床参考价值：核心抗体IGM是新近感染或病毒复制标志，核心抗体IgG是感染后就会产生的，即使治愈后还可以存在，是人体曾经感染乙肝病毒的历史记录。

» 何谓乙肝“大三阳”和“小三阳”

所谓“大三阳”是人们在乙肝五项检查中，HBsAg、HBeAg、抗-HBc三项阳性，其他两项阴性的俗称；所谓“小三阳”则是HBsAg、抗-HBe、抗-HBc阳性，其他两项阴性的俗称。“大三阳、小三阳”不能客观反映病情，但目前还是有很多人根据大三阳或者小三阳来判断自己的病情，因此应该逐渐纠正这种说法，少用这种说法。

大三阳、小三阳



乙肝“大三阳”和“小三阳”的临床意义

乙肝“大三阳”和“小三阳”是以HBeAg / 抗-HBe阳性或阴性来区别的，因此，其临床意义与HBeAg / 抗-HBe阳性或阴性有关。

“大三阳”可见于：急性乙肝的早期、慢性乙肝、无症状HBsAg携带者和部分肝硬化、肝癌患者。部分慢性感染者随着年龄增长，HBeAg可自然转阴，慢性乙肝患者HBeAg每年自然阴转率约为25.6%，无症状携带者约为9.3%。HBeAg是乙肝病毒核心抗原的可溶性成分，常常与血清乙肝病毒核酸（HBV-DNA）同时存在，是乙肝病毒复制和具有传染性的标志。抗-HBe是人体免疫系统针对HBeAg所产生的抗体，出现于HBeAg转阴以后，抗-HBe的出现表明病毒复制减少，传染性下降，患者病情大多趋于稳定。过去认为抗-HBe是HBV感染恢复或无传染性的指标。近年来研究发现，抗-HBe阳性的血清仍可能有传染性，只是远较HBeAg阳性的血清传染性小而已。临床上“小三阳”同样可以见于：急性乙肝的早期、慢性乙

肝、无症状HBsAg携带者和部分肝硬化、肝癌患者。HBeAg不一定是慢性乙肝活动的标志，抗-HBe亦不一定是健康携带的指标。

乙肝“大三阳”和“小三阳”与患者病情的关系

乙肝“大三阳”和“小三阳”与患者的病情无明显的直接关系。单纯从“大三阳”和“小三阳”来分析，并不能说明患者病情的轻重，即肝损害的程度。临床上通过乙肝五项的检查，我们可以了解乙肝病毒在人体内的存在状态及复制情况。“大三阳”相对于“小三阳”来讲，乙肝病毒复制相对更加活跃，传染性相对较强。乙肝病毒导致人体肝细胞损伤主要是通过人体复杂的免疫介导机制造成免疫损伤，而非乙肝病毒直接损害肝细胞。乙肝患者病情的轻重与HBeAg阳性与否、血液中乙肝病毒含量的多少无明显的平行关系。“大三阳”患者可以没有任何肝功能损伤或任何临床表现，而仅表现为乙肝病毒健康携带者；而慢性肝炎、肝硬化，肝癌，甚至病情非常严重的重型肝炎患者则也可能是“小三阳”。乙肝患者病情的轻重，只有通过患者的临床表现、肝功能、B超及病理组织学检查等综合分析，才能得出结论，而不能根据“大、小三阳”来判定。因此，以“大三阳”和“小三阳”来判断患者病情的轻重是片面的和不科学的。

» 乙型肝炎患者应做哪些检查

确诊靠乙肝两对半，评估乙肝病情靠定期复查。定期复查不仅能及时发现病情变化，及时调整治疗方案，同时还能评估患者的疗效，是防止病情复发、降低乙肝病毒耐药性、早日实现治疗目标的有效途径。一般复查内容包括：乙肝两对半定性及定量检测；HBV-DNA定量检测；肝功能化验、凝血酶原时间（PT）和甲胎蛋白（AFP）检查；腹部B超、腹部CT等。

» 转氨酶正常就没有问题吗

不一定。慢性乙型肝炎的病情变化极为复杂，有些患者没有任何症状，转氨酶长期保持正常，肝组织学检查也无发现，但却因乙型肝炎病毒在体内长期复制，携带有大量病毒而有传染性；有些患者肝功能长期保持正常，但肝内却有长期活动性炎症，以至于在无任何临床表现的情况下，

发展至肝硬化或肝癌。因此，即使转氨酶正常，慢性乙型肝炎患者也应定期进行血清学及影像学的监测，提高对疾病的认识，避免延误诊治时机。

» 乙肝病毒定量（HBV-DNA）检测

慢性乙肝是由乙肝病毒引起的，HBV-DNA定量检测有助于了解患者病毒的复制水平，帮助医生选择抗病毒药物，病毒水平低的可以选择阿德福韦酯或者干扰素抗病毒治疗，病毒水平高的可以选择拉米夫定、替比夫定或者恩替卡韦抗病毒治疗。抗病毒治疗期间，还要定期做定量检查，以判断疗效，便于及时调整药物。

» B超或CT等影像学检查

主要为发现是否存在肝硬化、门脉高压等并发症和肝癌结节，还能够发现其他肝脏病变，如脂肪肝、肝囊肿、血管瘤等，对于慢性乙肝患者一般要求6个月复查1次，对于病毒携带者来说可以每年进行1次检查。

» 肝脏穿刺

对于转氨酶长期低水平升高，病毒复制水平较高，尤其是“小三阳”，年龄大于40岁的患者，肝脏穿刺是非常必要的。通过肝脏穿刺可以发现虽然血清转氨酶正常或者轻度异常，但肝组织有明确炎症或者纤维化的患者，以便及时开始有效的抗病毒治疗，避免肝硬化的发生。

► 肿瘤标志物

在肿瘤诊断中，目前病理诊断（把活检或者手术的标本进行显微镜下的观察，通过病理学家的判断得出诊断）才是肿瘤诊断的“金标准”，但是由于肿瘤标志物检测简便易行，对人体伤害也小，仅需要血液或者体液就可以检测到早期癌症的踪迹，所以成为防癌体检和肿瘤患者随访中最常采用的检查项目。

首先要明确一点，特定肿瘤标志物并非与某种肿瘤一一对应，不应简单地认为指标高就是有肿瘤，指标正常就万事大吉。简单来说，大部分肿瘤患者的肿瘤标志会出现异常，但也有不少肿瘤患者，这些指标是正常

的；而正常人中也有一部分人指标出现异常，而其实他们并未患肿瘤，这可能是由于一些其他原因引起的。出现这样的现象是因为肿瘤的异质性和个体差异大，如果体检出现肿瘤标志物异常就应该到正规医院进行进一步检查以明确原因，对于指标正常的人也不可以忽视可能早期发现肿瘤的一些症状（便血、黑便、黄疸、消瘦、咯血等）。

任何一种科学指标都不是绝对的。就拿公认的肿瘤标记物甲胎蛋白（AFP）来说，除绝大多数肝癌患者的血清呈阳性外，还有31%~52%的急性肝炎、15%~58%的慢性肝炎以及11%~47%的肝硬化患者AFP也会有大幅上升，因此不必一看到“阳性”就“色变”。当然，甲胎蛋白阴性、自感不适的患者也不能掉以轻心，还要联合多项检查（细胞学、病理学检查等）进一步查实和鉴别。

» 消化系统相关肿瘤标志物及其意义

甲胎蛋白（AFP）

1. 原发肝癌80%患者AFP>400纳克/毫升，近20%AFP正常。AFP可早于影像学6~12个月出现异常，为肝癌的早期诊断提供重要依据，建议肝硬化患者定期复查AFP。

2. 病毒性肝炎、肝硬化绝大部分患者AFP<400纳克/毫升。

3. 内胚层癌、畸胎瘤、睾丸癌、卵巢癌、胃癌等伴肝转移者AFP可升高。

4. 妇女妊娠3个月后，AFP开始升高，7~8个月时达高峰，一般在400纳克/毫升以下，分娩后3周恢复正常。妊娠期AFP异常升高，要排除胎儿神经管缺损、畸形的可能。

癌胚抗原 (CEA)

1. CEA升高主要见于大肠癌、胃癌、肝癌、肺癌、胰腺癌、乳腺癌、卵巢癌、子宫及子宫颈癌、泌尿系肿瘤等，其他恶性肿瘤也有不同程度的阳性率。
2. 肝硬化、肝炎、肺气肿、肠道憩室、直肠息肉、结肠炎等良性疾病CEA可升高。
3. 癌症越到晚期，CEA越高，阳性率越高；腺癌敏感，其次是鳞癌和低分化癌，分化程度越高阳性率越高。
4. 吸烟者CEA常升高。

糖类抗原125 (CA125)

1. 卵巢癌血清CA125升高，阳性率61.4%；治疗有效CA125下降；复发CA125升高先于症状；CA125是判断疗效和复发的良好指标。
2. 其他非卵巢恶性肿瘤也有一定的阳性率：如宫颈癌、宫体癌、子宫内膜癌为43%，胰腺癌为50%，肺癌为41%，胃癌为47%，大肠癌为34%，乳腺癌为40%。

糖类抗原19-9 (CA19-9)

1. 胰腺癌、胆囊癌、胆管壶腹癌CA19-9明显升高，尤其胰腺癌晚期的阳性率可达75%，是重要的辅助诊断指标，但早期诊断价值不大。
2. 胃癌的阳性率为50%，大肠癌的阳性率为60%，肝癌的阳性率为65%。

糖类抗原72-4 (CA72-4)

1. 胃癌的阳性率为65%~70%，有转移者更高。
2. 大肠癌、胰腺癌、肝癌、肺癌、乳腺癌、卵巢癌也有一定的阳性率。

常用肿瘤标志物参考值

甲胎蛋白AFP: (0~7.2纳克/毫升)

癌胚抗原CEA：(0-4.6纳克/毫升)

糖类抗原CA19-9：(0-37.0活性单位/毫升)

糖类抗原CA125：(0-35.0活性单位/毫升)

糖类抗原CA72-4：(0-5.3活性单位/毫升)

► 便常规

粪便是消化吸收后剩下的食物残渣，观察粪便可以反映消化吸收过程中隐含的大量信息。便常规对胃肠道疾病检查有很大作用。比如在大便中发现了大量白细胞，提示可能是吃了变质食物得了急性胃肠炎并出现了感染；如果大便中检查出了红细胞或者血红蛋白，则提示胃肠道在出血；检查出脂肪颗粒提示可能消化不良或者对脂肪的消化出现了问题。

» 大便隐血试验

大便隐血试验对消化道出血的诊断有重要价值，常作为消化道恶性肿瘤早期诊断的一个筛选指标。隐血试验可以发现消化道内非常微量的出血，当消化道少量出血时一般不会有便血、黑便等表现，大便外观肉眼观察没有异常，但通过大便隐血试验可以对消化道内极少量的出血做出判断，包括胃癌、大肠癌、胰腺癌等消化道肿瘤。在肿瘤发生的早期，肿瘤会侵蚀黏膜及黏膜下血管导致非常微量的消化道出血，这种极小量的出血用肉眼难以判断，这时可以通过的大便隐血检查发现。对于没有胃病病史的人们，如果体检发现大便隐血试验阳性，建议择时再做一次，如果还是持续呈现阳性那么就需要引起警惕了，首先要排除消化肿瘤，最常见的消化道肿瘤部位有胃、结肠、十二指肠，需要在专科医生建议下进一步做肠镜或胃镜检查。

在消化道溃疡性出血时大便隐血试验呈间断性阳性，而有消化道肿瘤时往往呈持续性阳性，因此可作为良、恶性出血的一种鉴别。

人们在40岁以后发生胃癌、大肠癌等消化道恶性肿瘤的概率会明显上升，因此，人们应从40岁开始每年做一次大便隐血试验，而一次检查花费

大约只需要10元。

内镜

► 内窥镜在消化道疾病中的地位

消化系统疾病与体表病变不同，我们无法直接通过肉眼、触诊来判断内脏器官的病变。消化系统的器官大多数都是盘旋在腹腔内的“管道”，如何检查“管道”内的疾病呢？目前最好的检查手段就是内镜。随着科技的发展，纤维内镜的出现大大地拓宽了检查的范围，使得我们可以直视观察胃肠道内细微的变化，在疾病的早期就能对其诊断和治疗。内窥镜是集中传统光学、人体工程学、精密机械、现代电子、数学、软件等于一体的医疗设备，对于消化系统疾病的诊治具有不可取代的作用。

内镜对消化系统疾病诊断的适应证很广，凡疾病诊断不明而估计内镜能到达的均可应用内镜协助诊断。由于内镜能直接观察到病变，并可取活组织检查，因此具有其他检查手段不可比拟的优势。加上现代内镜与超声、染色、放大、共聚焦显微镜等技术结合，更是大大提高了对疾病性质和范围判断的正确率。

内镜技术不断发展，活检钳、细胞刷的使用使内镜可以进行病理检查，显著提高诊断的准确率；摄影、录像等技术的应用可以记录各种病变，供会诊、教学使用；各种治疗附件的应用还可以进行镜下止血、切除息肉、异物取出、支架放置、圈套结扎等内镜治疗，形成了新兴的治疗内镜领域。目前消化系统检查常用的内镜主要有胃镜、十二指肠镜、肠镜，后续还会分别进行相关介绍。

» 活检

一般在发现病灶后，做全面仔细地观察，初步了解病变的性质，确定活检部位，活检数量在不同用途时会有差别。早期胃癌的活检次数与阳性率呈正比，在多块活检标本中只有一块，甚至只有一块中的小部分为胃癌组织的情况并不少见，一般活检数为4~8块。

» 息肉摘除或早期肿瘤切除

随着胃肠镜技术的提高，胃肠微创手术发展，胃肠息肉和早期肿瘤治疗理念也有了革命性的改变。内镜发现胃肠道息肉与胃肠道肿瘤密切相关，在内镜下摘除息肉已经成为息肉治疗有效的常规手段。

随着技术和理念的不断深入发展，部分早期肿瘤也可以在内镜下切除。内镜黏膜下剥离术（ESD）是指在内镜下，使用高频电刀与专用器械，将胃肠道病灶（包括胃肠道早期肿瘤）与其下方正常的黏膜下层逐步剥离，在最大范围和深度达到将病灶完整切除的目的。ESD是由内镜下黏膜切除术发展而来的新技术，技术日臻成熟，近年已逐渐成为治疗胃肠道早癌及癌前病变的主要微创手术之一。其优点为：能完整切除大于2厘米的较大病灶，并且使之具有较低的复发率。与传统的胃大部切除术或胃肠道早癌根治术相比，ESD损伤小，费用低，术后恢复快。

与其他内镜下治疗一样，ESD也有一定的危险性。其主要并发症为出血、穿孔，发生率约为5%~8%。少数患者仍需外科治疗。即便如此，ESD仍是一种简便、有效、创伤性小，且疗效与外科手术相当的治疗胃肠道病变的方法。

► 超声内镜

超声内镜是一项将超声技术与内镜技术结合起来的新型检查手段。简单来说，超声内镜是在内镜的基础上，在镜头前方加上一个超声探头，相当于深入到体内进行超声检查。超声内镜可以精确评估肿瘤浸润消化道的深度、判断肿瘤与周围组织的关系。超声内镜检查逐渐应用于临床，其优

点是可以比较精确测定病变在食管壁内浸润的深度，可以测量出壁外异常肿大的淋巴结，一般用于术前检查、判断，对肿瘤的分期、切除的判断、预后的判断有重要价值。

► 胃镜

» 传统胃镜

胃镜能直接观察到被检查部位的真实情况，更可通过对可疑病变部位进行病理活检及细胞学检查，以进一步明确诊断，因此是上消化道病变的首选检查方法。它借助一条纤细、柔软的管子伸入胃中，医生可以直接观察食道、胃和十二指肠的病变，尤其是微小的病变。最早的胃镜是德国人库斯莫尔在1868年借鉴江湖吞剑术发明的库斯莫尔管，它其实就是一根长金属管，末端装有镜子。但因为这种胃镜容易戳破患者的食道，因此不久就废弃了。1950年，日本医生发明了软式胃镜的雏形——胃内照相机。

此后几十年，胃镜技术不断发展，活检钳、细胞刷的使用使胃镜可以进行病理检查，显著提高了诊断准确率；镜下止血、切除息肉、异物取出，形成了新兴的治疗内镜领域。

» 经鼻胃镜

经鼻胃镜，亦称超细胃镜，其特点为镜身超细（直径0.59毫米），是普通胃镜的1/2，且非常柔软，经鼻腔进入消化道减少了对咽喉部的刺激，可大大减轻患者在做胃镜检查时的不适与痛苦感。而且在插入鼻腔前对鼻腔黏膜的局部麻醉可以使患者感觉不到鼻腔的不适感。可以说，经鼻胃镜检查技术是接近于无痛胃镜检查的“舒适胃镜”检查技术；并且患者在接受检查的过程中可以与医生进行交谈，使检查过程在轻松、愉快的环境中完成。

因为新的电子光学技术的应用，经鼻胃镜观察效果与普通胃镜并无区别，反而因患者痛苦小，使医生能够有时间更加细致地对胃内病变进行观察，也可以像普通胃镜一样进行黏膜染色观察或组织病理检查。经鼻胃镜

检查的适应证与传统胃镜检查基本相同，特别适用于年老体弱人群、儿童、危重急症和心肺功能欠佳的患者。对上消化道狭窄、昏迷等经口进镜困难的患者，经鼻胃镜也是最好的选择。

胃镜检查的技术也在不断发展。以前开展的麻醉无痛胃镜，可使患者在不知不觉中完成胃镜操作，但麻醉胃镜检查须请麻醉师到场配合，高龄、有心血管疾病的患者不适合做。经鼻胃镜新技术的开展，使害怕做胃镜检查的患者又多了一种选择。

尽管经鼻胃镜检查的并发症很少，但却不是人人宜用的，对于鼻甲肥大、做过鼻腔手术等的患者要谨慎使用，慢性鼻炎及一些鼻中隔严重偏移、鼻腔狭小患者不适合做经鼻胃镜检查。

胃镜检查的目的

一提到胃镜许多人都觉得害怕，人们对胃镜有一种恐惧的心理，但是为什么医生们这么偏爱胃镜检查呢？哪些人有必要做胃镜呢？

一般来说医生会建议溃疡病、胃出血、胃癌的高危人群做胃镜检查。受到胃痛、胃出血折磨的大部分人会接受，但对胃癌高危人群早期检查或健康体检的人们来说接受起来就不是那么爽快了，下面简单说一下为什么医生会建议这些人做胃镜检查。

我国是胃癌高发国，全世界有一半以上的新发胃癌在中国，相比韩国和日本我国早期胃癌发现的比率非常低，大部分患者发现时已是晚期；而韩国、日本也属于胃癌高发国，但是他们的早期发现率非常高，使得治愈率也大大提高。这主要是因为韩国、日本胃镜检查的普及，因此有必要推广胃镜检查，早期发现、早期治疗。

其实说是做胃镜检查，但胃与食道是一起检查的，做胃部检查时会先查食道，因为胃镜在进入胃之前要先经过食道，同样做食道检查时也会顺便看一下胃，偏向的重点不同而已。如果发现食道有什么异样的征象，一样也要取样活检进行诊断。毕竟我国食管癌与胃癌在世界上都是高发的，而且胃与食道关系密切，胃镜同时检查食管和胃其实也算一举两得。

胃镜检查注意事项

检查前准备：进行胃镜检查，为了清楚地看到消化道的黏膜，必须使被检查部位保持干净，即没有食物。

1. 检查前患者至少要空腹6小时以上，也不能喝水（可以润口不可大口饮用）以免检查时呛咳、呕吐造成危险。如当日上午检查，前一日晚餐后要禁食，当日免早餐或检查前进食；如当日下午检查，早餐可吃清淡半流质食物，中午禁食。如果体质较差，禁食后体力难以支持者检查前后可以静脉补充葡萄糖。

2. 为了使胃镜能顺利地通过咽部，做胃镜检查前一般要用咽部麻醉药，须含在嘴里，不咽下去，局部作用咽喉一段时间。

3. 在检查前会使用去泡剂或解痉药，减少胃液分泌及胃蠕动，去除胃内的泡沫，使图像更清晰。

4. 为了消除患者的紧张情绪，必要时医生在检查前20~30分钟要给患者用镇静剂或者按要求进行麻醉下胃镜检查。

5. 患者与医生要合作，检查前患者先去解小便以排空膀胱，进入检查室后，松开领口及裤带，取下义齿及眼镜，取左侧卧位，或根据需要改用其他体位。入镜后，禁用牙齿咬镜，以防咬破镜身的塑管。身体及头部不随意转动，以防损坏镜子伤害内脏。不做吞咽动作，而应改由鼻子吸气，口中缓缓吐气，以便检查顺利完成。有些人会因空气随管子进入胃中，而感觉胀气、恶心。如果感觉疼痛不适不能忍受，不要抓住管子或发出声音，可用手势向施术者（医生或护士）打个手势示意，以便采取必要措施。

6. 做检查前一天禁止吸烟，以免检查时因咳嗽影响插管；禁烟还可减少胃酸分泌，便于医生观察。

检查后注意事项

由于检查时要注入空气使胃鼓起以利于观察，虽然在退镜时已将空气吸出，但有些人仍有明显腹胀感，暖气较多，此为正常现象。咽部麻醉检查后咽部会有异物感，也属正常现象，检查后1~4天内，可能感到咽部不适或疼痛，但多无碍于饮食，可照常工作。因为麻醉作用未消失，过早进食会使食物容易进入气管，故应在检查后1小时咽反射恢复正常后再进食水。如进行病理检查（医生会告知），应在检查2小时后进温凉半流质或软烂食物一天，以免粗糙食物摩擦胃黏膜创面，造成出血。

以下人群一般不宜做胃镜检查

1. 无法配合或烦躁的患者。
2. 患有急性咽炎、化脓性扁桃体炎的患者。
3. 支气管哮喘，严重心、脑、肺疾病患者。
4. 怀疑胃穿孔的患者。

胃镜检查难受吗

这个问题因人而异，因为每个人咽反射的敏感性不同，有的人很敏感，就比较痛苦，有的人喉咙感觉比较“迟钝”就没事。胃镜在通过咽喉进入食道时是最不舒服的时候，每个人很自然地有保护行为。现在做胃镜前医生都会先让被检查者口服局部麻药，降低咽喉部的敏感性，一般来说大部分人都能接受清醒状态下的胃镜检查。

其实，胃镜检查过程中，只要充分放松，完全信任医生，整个检查会比较轻松。患者需要放松喉部，才能使胃镜轻易地通过咽喉而进入食道，而且需要持续放松，才不会阻挡胃镜的前进。如果有想吐的感觉时，深呼吸会让你舒缓一些，况且，慢慢地深呼吸也可以让受到胃镜压迫的气管更舒畅。

温馨提示：现如今，很多医院都已经推出了“无痛苦胃镜”。在无痛苦胃镜检查中，体检者被注射镇静剂，在睡着、无意识的状态下就完成了

检查。如果体检者口腔反射很敏感容易呕吐、年龄过大或过小耐受力差、有智障等行为障碍、害怕疼痛不愿做胃镜检查的不妨选择无痛检查。

► 肠镜

肠镜比胃镜略粗，直径大约1厘米，通过肛门进入直肠，直达大肠起始段（盲肠）。医生能通过肠镜观察到大肠的内部情况，一样可以诊断、活检及治疗。

» 检查适宜人群

1. 不明原因的下消化道出血。
2. 不明原因的慢性腹泻患者。
3. 不明原因的低位肠梗阻患者。
4. 怀疑大肠或回肠末端肿瘤患者。
5. 大肠息肉、肿瘤出血等病变需做肠镜下治疗的患者。
6. 结肠术后及结肠镜治疗术后需定期复查肠镜者。
7. 大肠癌普查。
8. 家族中有大肠癌或腺瘤等需要进行体检者。
9. 从来没做过肠镜检查的50岁以上人群的健康体检。

» 为什么要做肠镜检查

肠镜检查是发现早期大肠癌的最有效手段。肠镜检查不仅可清晰地观察肠道，并可在直视下钳取可疑病变进行病理学检查，有利于早期及微小大肠癌的发现与确诊。据了解目前很少有人主动做肠镜健康检查，可能原因主要有二：一是对大肠癌缺乏正确认识，二是对肠镜这种侵入性检查方法难于接受，甚至恐惧。这种恐惧心理使很多患者耽误了病情，致使临床上很多的大肠癌病例得不到早期诊治，错失了治疗良机。

肠镜检查除了早期发现病变的作用，另外一项比其他检查更具有优势的就是内镜能在检查的同时微创处理肠息肉，尤其是腺瘤性息肉等癌前病变。目前医学研究发现，大部分的大肠癌来源于腺瘤癌变。而从腺瘤的发

生到癌变的发生，可能要经历数年甚至更长的时间，如能在腺瘤未癌变或者早期癌变的无症状阶段，通过肠镜检查发现并经内镜微创治疗，则可以阻断其向癌转变的机会。

» 肠镜检查难受吗

随着医学技术的发展和医生操作熟练程度的提高，肠镜检查的不适感已大为降低，检查时间也大大缩短，完成一次肠镜检查约需一刻钟。相比于胃镜，肛门区没有咽喉部那么敏感，肠镜检查不适感因此会更低，但检查时间会更长一些。

检查过程中放松心态也很重要，如果过于紧张，将不利于医生检查，还会增加检查的疼痛感。让检查过程变得不难受的法宝就是尽量放松，越放松检查过程越快，也越舒适，建议配合缓慢的深呼吸来使腹部放松下来。

此外，也可选择在静脉麻醉的状态下进行无痛肠镜检查。

» 肠镜检查要做哪些准备

一般肠镜检查会被医院安排在下午，一天前吃流质食物，检查前一天晚上开始喝泻药（去预约肠镜时医生一般会开好给你），检查当天不要吃早饭。如果泻药排不干净的那么最好在检查前3天开始吃少渣食物。为了一次性检查清楚，尽量按照医院的要求做，这里介绍的是常规的做法，每家医院的习惯可能略有不同，但基本差不多。

► 胶囊内镜

一个多世纪前，德国人库斯莫尔就发明了胃镜。此后胃镜不断改进，为了减轻或消除患者的不良感受，经鼻胃镜、麻醉胃镜、胶囊胃镜等方法和技术应运而生，内镜设备从普通镜子发展到超声波探头；管子的材料也从最初的铁管变为纤维；自出现胶囊胃镜后，连管子都不见了。

最早的胶囊胃镜产生于军事技术先进的以色列。胶囊胃镜的出现让人们不再谈胃镜色变。据说，吞咽下这种胶囊，它便会在胃肠里拍照并将照

片发送到体外的无线接收装置中，胶囊排出体外无须回收，医生只要对收集到的照片进行分析，就可了解胃肠道的状况。

从进入口腔的那一刻起，胶囊胃镜会以每秒2张的速度拍照，在消化道的蠕动下历经整个消化过程，一路走一路拍，图像实时传送至记录仪。6~8小时后，胶囊电池用尽，随大便排出体外，此时，它已收集齐食道、胃、小肠等器官的内部情况。不仅如此，胶囊胃镜拍摄的彩色图像较传统胃镜的信息量更为庞大，并可覆盖消化道全程或绝大部分，大大提高了消化道疾病检出率。

胶囊内镜检查过程十分简单：检查前一日晚餐进食流质，做一些肠道准备，检查当日吞服下胶囊即可。胶囊随着胃肠道的蠕动自然前进并拍摄图像。与普通内镜检查相比，胶囊内镜最明显的优点就是整个检查没有一点痛苦，感觉和吃一粒药没有区别，受检者如可平常一样生活和工作。胶囊内镜一次性使用，方便卫生，随粪便自行排出体外，不再重复使用，因此避免了交叉感染。它主要适用于不明原因腹痛、腹泻、消化道出血、小肠肿瘤、克罗恩病等小肠疾病的诊断，传出的图像十分清晰，能为医生提供准确的材料。这项技术对年老体弱、胆小怕痛等不能或不愿意接受其他检查的患者来说，也是一种很好的替代方法，但此法不适用于肠梗阻、肠道狭窄等患者。

胶囊胃镜为患者带来了舒适感，不用插管，也无须麻醉，但这粒小胶囊并不完美，目前的胶囊胃镜仍存在诸多不足。首先，常规方法进行胶囊胃镜检查不能看到胃里面的全部区域，存在盲区，易漏检，所以查胃病还不适合用这种方法，但检查小肠病变效果就很好。

其实在检查小肠病变方面，也仍有诸多不可控因素，“因为胶囊内镜自身并没有动力，无法人为控制方向，而主要依靠消化道蠕动波向前移行，如果移行速度太慢，则检查费时较长，甚至无法完成全小肠检查，从而使小肠疾病的检出率下降；如果移行速度过快，则可能无法发现或明确是否存在肠道病变。”为克服胶囊内镜没有动力这个问题，国内还有人开

发出了“胶囊内镜机器人”。另外，还有磁控胶囊内镜检查，在外磁场的作用下，可以主动调控胶囊内镜的运动，更主动地了解病变情况。由于其应用了耐腐蚀医用高分子材料，对人体无毒、无刺激性，且为一次性使用，目前检查费用比胃镜高得多（4000元左右）。

尽管有不少技术难点需要突破，胶囊内镜的应用前景仍然很好，现在做胃、肠镜必须在医院完成，中国的医院人满为患，十分不便。如果胶囊内镜技术成熟，人们便可脱离医院，在家自行服用胶囊内镜进行检查，尤其是高危人群，可定期在家做检查，然后用移动终端如手机、电脑等，将内镜拍摄的照片发送到医生处，由他们阅片、诊断，便可更早地发现病变，尤其是早期发现胃肠道肿瘤。希望这种成熟的技术早日到来。目前以色列一家公司开发的胶囊内镜已经获得FDA的批准，用于帮助发现息肉等结肠癌早期表现。我们相信，随着胶囊技术不断改进，在不久的将来，它将成为胃、肠镜检查的主流工具。

影像学检查

► CT

自从X射线发现后，医学上就开始用它来探测人体疾病。电子计算机体层摄影（CT）是用X射线束对人体某部位进行一定厚度的层面扫描，由探测器接收透过该层面的X射线，转变为可见光后，由光电转换为电信号，再由计算机处理，得到腹腔内结构的图像。CT让医生可以隔着肚皮看见腹腔，极大地避免了以往非要剖开肚子才知道是什么病的尴尬。

» CT在消化系统疾病中的应用

由于CT具有特别灵敏的密度鉴别和解剖关系横断面显示的能力，因此已被广泛应用于消化系统疾病的诊断。一些常规X线检查不能显示或必须有创检查才能发现的疾病已被准确而又安全、简便的CT检查所发现。CT检查大大地提高了消化系统疾病的放射诊断水平。

CT在消化系统疾病中的应用广泛，可以对几乎所有腹腔内的器官进行检查，包括肝、胆、胰、脾、腹膜腔及腹膜后间隙，以及泌尿和生殖系统的疾病诊断，尤其是占位性病变、炎症性和外伤性病变等。胃肠病变向腔外侵犯以及邻近和远处转移等，CT检查有很大价值。比如腹部恶性肿瘤在手术前要先做一个CT进行术前判断，明确肿瘤是否发生腹腔淋巴结的转移，是否发生肝脏转移，是否对周围组织器官侵犯，术后还可以定期复查CT观察肿瘤是否复发，因此CT对于腹部恶性肿瘤的分期和复查具有难以取代的地位。由于胃肠管腔的病变一般起始都在黏膜侧，通常比较微小，CT比较难发现（CT一般只能见到5毫米以上的消化道病变），所以一些较小、较早期的病变还需要依赖消化道造影或内镜检查及病理活检。

肝脏：CT对肝脏囊性病变和实质性良、恶性肿瘤如肝癌、肝转移瘤、肝血管瘤、肝囊肿和肝包虫囊肿的诊断价值很高，据报道CT能发现小至1.5厘米的肝癌，诊断正确率为86.2%~94%，CT还能发现门静脉内和肝门、腹部大血管周围淋巴结转移，也适用于肝硬化、脂肪肝、肝脓肿和肝外伤破裂、出血的诊断。

胆道系统：多数情况下，胆囊疾病（如胆结石）的CT诊断价值不如超声，但CT对胆囊窝内肿物的诊断价值较高。CT也可用于胆囊X线造影不显影的病例，有助于发现胆囊不显影的原因。CT对胆囊疾病的总诊断正确率为87%。CT能够明确地区分梗阻性黄疸和非梗阻性黄疸，对梗阻性黄疸可推测梗阻部位及显示梗阻原因，因此，CT对于胆管囊肿的诊断特别有价值。

胰腺：CT特别适用于胰腺实质性肿瘤（如胰腺癌、胰岛细胞瘤）、囊性病变（如假性胰腺囊肿）和炎症疾病的诊断，胰腺癌的CT诊断正确率在83%~96%。

消化道：消化道疾病诊断的主要方法还是X线钡剂造影和内镜检查，当肿瘤浸润使消化管壁增厚或向壁外生长时CT有助于发现病变。CT还可用于发现淋巴结或实质脏器的转移并进行分期。

腹腔：CT适用于发现腹腔内或腹膜后肿瘤以及腹水、脓肿和转移灶。

CT亦被用于消化系统占位性疾病治疗中或治疗后的复查和随访。此外，当腹内占位病变不能确定性质时，可在CT指引下行细针抽吸活检，做细胞学诊断或治疗。这是目前介入放射学的重要内容，这种方法安全，并发症少，诊断率高。

» CT检查辐射大吗

CT的辐射会不会给身体带来伤害？其致癌的可能性到底有多大？究竟CT检查伤不伤身呢？在影像学上，属于X线常见检查的有X线透视、X线平片、X线造影检查、CT等。CT检查属于X线检查中的一种相对高剂量的检查方法，短期内过多的CT检查的确会给人体带来一定的影响。所谓的CT检查伤身，主要指的是相对高剂量X线带来的生物效应。如果剂量不大，只会产生短期效应，人体能够自行修复，危害相对不大。但是，如果X线剂量较大，就会损伤基因，产生各种有害的生物效应，而且随着辐射剂量的增加，生物效应发生的概率也会增大。生物效应不仅仅包括致癌效应，还包括造血、生殖、遗传、生长发育、激素调节等方面的效应。我们所熟知的居里夫人，就是死于长期、大量地接触放射性物质所导致的白血病。

CT的产生和发展是医学界一项革命性的进步，合理地应用CT检查能给临床上诊治疾病带来极大的便利，但CT不是万能的，每种疾病各有其最适宜的检查方法。对于肿瘤患者而言CT在肿块定位及观测方面确实很有价值，用于发现早期肺癌、判断脑出血、血管重建、恶性肿瘤分期等也都是非常合适的，但如果说用CT诊断胃溃疡、盆腔CT诊断子宫肌瘤，这种就属于没有必要了。要接受什么检查应结合医生的建议，不要自行盲目检查。

► 彩超

» 彩超简介

人耳能听到的声波频率为20～20000赫兹。当声波的振动频率大于20000赫兹或小于20赫兹时，我们便听不见了。因此，我们把频率高于20000赫兹的声波称为“超声波”。超声波具有方向性好、穿透能力强、易

于获得较集中的声能、在水中传播距离远等特点，可用于测距、测速、清洗、焊接、碎石等，在医学、军事、工业、农业上得到了广泛的应用。所谓彩色超声，是在普通超声的基础上利用多普勒原理，采用一系列电子技术，通过红、绿、蓝三种颜色实时反映检查处血流情况的技术。

通常用于医学诊断的超声波频率为2~10兆赫。它可以在人体内传播，并在碰到不同组织之后反射一部分回来。根据这一物理特性，科学家研制出了各种超声仪器。超声波由探头产生、发射出去，进入人体后，根据人体器官组织声学性质上的差异，有一部分超声波被反射回来，再由探头接受后经计算机处理，以波形、曲线或图像的形式显示和描记出来，超声医生根据图像的特征对生理、病理情况做出判别，这就是超声检查。经过一代又一代的更新，图像质量有了很大提高，可以实时动态地检查腹腔内各个脏器的结构及病变情况。

超声检查有许多优点：超声检查可以连贯地、动态地观察脏器的运动和功能，可以追踪病变、显示立体变化，超声还能结合多普勒技术监测血液流量、方向，从而辨别脏器的受损性质与程度。超声设备易于移动，没有创伤，行动不便的患者可在床边进行检查。超声检查的费用一般为140~150元/次，是CT检查费用的1/3，磁共振费用的1/5，也因此经常被用于健康查体。超声对人体没有辐射，对于孕妇等特殊人群有独特的优势。但超声检查也存在一些缺点，比如超声无法检查肠道等空腔器官，这是由于肠道内有空气干扰，这也是超声检查一般都要求被检查者空腹的原因，以减小饭后肠道内空气对检查的影响。另外，超声检查受到检查者水平和其主观因素影响比较大，不同检查者可能会有不同的诊断。

» 彩超在腹腔脏器中检查的作用

腹部彩超主要应用于腹腔内实质性器官的检查，如肝、胆、胰腺、脾，还包括肾和输尿管。彩超没办法对胃和肠进行检查，因为胃肠道里充满了空气（超声检查的探头没办法检查这种含有很多气体的脏器）。

彩超对于腹腔内良、恶性病变鉴别，胆囊癌与大的息肉、较重的慢性

炎症鉴别，胆总管、肝动脉疾病的区别等有一定的辅助诊断价值。肝硬化的彩超可从肝内各种血管管腔大小、内流速快慢、方向及侧支循环的建立做出较佳的判断。对于黑白超难区分的结节性硬化、弥漫性肝癌，可利用高频探查、血流频谱探查做出鉴别诊断。对于肝内良恶性占位病变的鉴别，囊肿及各种动静脉瘤的鉴别诊断有较佳诊断价值，原发性肝癌与继发性肝癌也可通过内部血供情况做出区分。

► 消化道造影

在没有胃镜、肠镜的年代，医生们主要通过消化道造影来检查判断消化道的病变。

消化道包括食管、胃、小肠及大肠，均由软组织构成，缺乏自然对比，直接用普通X线检查效果不佳。造影就是从口里把造影剂喝进消化道，让造影剂覆盖管腔表面，形成消化道的轮廓，再被X光捕捉间接地反映出消化道黏膜的情况。经常听说的“钡餐”，就是一种过去常用的造影剂。消化道造影分为普通硫酸钡造影、双重气钡造影及气钡造影三种。

造影检查能够显示消化道病变的形态及功能改变，同时也可反映消化道外某些病变的范围与性质，临床应用广泛。常用于诊断各种消化道疾病，如先天畸形、炎症、肿瘤等。临床上把食道、胃及小肠、结肠至直肠的钡餐造影称为全消化道造影。

温馨提示：消化道造影检查前3天停服不透X线或影响胃肠功能的药物，如碱式碳酸铋、葡萄糖酸钙；检查前1天少吃不易消化的食物，晚饭后禁食；胃滞留的患者检查前一晚洗胃，其目的是为了消除胃内容物，利于钡餐检查；行全消化道钡餐检查，于检查前服用硫酸钡粉剂100克，用温开水调服。吞食的钡剂不会被吸收，对身体没有害处，会随大便排出体外；钡餐检查后1~2天会解白色粪便，不必紧张。怀孕三个月以内的孕妇禁做此项检查；消化道出血期间一般不做钡餐检查，待出血停止后进行。

由于胃、肠镜对胃肠道病变检出率高、信息量大，现在做消化道造影

的病例比较少了，但是仍有部分价值。另外做完造影如果还要做胃、肠镜，最好等到3天后再做，以免喝进去的造影剂影响胃、肠镜观察。

► 医生的作用：视触叩听——快速判断

血常规、心电图、B超、胸透、CT、造影、磁共振……在医院里，患者或家属手举一大堆检验单，提着装有胸透、CT片的袋子奔走在各个楼层，一项挨一项排队等待检查的景象并不少见。随着高科技的不断发展，这些先进检验仪器的确帮助医生较早发现了很多“看不见的病变”，然而如果医生与患者过度依赖于仪器检查，就容易忽略医生在疾病诊断治疗中的核心作用。有人说辅助检查离开了医生就只能是机器，检查需要医生合理运用才能发挥其最大的作用。要做什么检查，什么时候做检查，都是有讲究的，几乎所有疾病都要结合病史分析、体格检查来综合判断，这一切的核心都在于医生的判断、分析。

现代医学诊断可以分为几方面，大致包括病史的分析、由医生亲自进行体格检查、由专业检验或影像人员进行的仪器检查等。通过问诊我们可以对疾病发生过程和特点有一个大致的判断，但需要明确诊断还需要配合一些检查。常见的检查手段可以分为实验室检查、器械检查、影像学检查、医生的视触叩听物理检查等。

» 体格检查

肚子疼了，不舒服去医院看病，在问完发病情况后，医生会让患者平躺在床上，卷曲双腿，进行一些简单快速的检查，可别小看这简单的视触叩听四个步骤，基本的体格检查可初步分析出很多问题。

视：首先医生通过观察腹部的外形，看一下肚子胀不胀、呼吸能不能自如、肚皮上有没有开过刀或者其他异常和特殊情况（比如肝掌、蜘蛛痣、腹壁静脉曲张、黄染等），同时让患者用手指告诉医生哪里疼，这样医生心里会有一个大致的判断。

听：医生还会用听诊器听一下，可以判断肚皮里肠子蠕动的情况，判

断是蠕动亢进还是不蠕动，有没有其他杂音。

触、叩：医生用手触摸、叩击，隔着肚皮对腹腔里的器官做一个大致的检查。用手触摸检查肝脏有没有异常变大、变硬；腹膜炎的时候，腹肌摸上去是紧绷的，压下去疼痛、放手反弹一下也会疼痛；胆囊炎在胆囊的体表位置有压痛、阑尾炎在阑尾炎的体表位置有压痛；在腰背上肾区轻微叩击是否疼痛可发现输尿管有没有结石……

通过医生的视触叩听基本上能对疾病有一个大致的判断，但毕竟是隔着肚皮不够全面和准确，更多的细节还需配合有针对性的辅助检查。

举一个简单的例子强调体格检查的重要性：直肠肛门指检。有这样一“经典”病例：一个便血的患者经过多种仪器检查，都未得出诊断结论，病历最后被送到一位著名的外科专家手中，这位专家看完病历再仔细问完病史，采用了最简便易行的直肠指检法，便得出初步结论：直肠癌。

直肠指检是医生通过最简单直接的触诊和观察来判断肛肠疾病的方法。成年人的直肠一般长15厘米，距离肛门口7~8厘米的直肠肠壁可以用手直接接触诊，可检查直肠黏膜上是否有结节、肠道内是否有出血等情况。中国的大肠癌患者中，一半以上是直肠癌，而在直肠癌患者中，又有约70%是中低位直肠癌。换句话说，70%的直肠癌（约1/3的大肠癌）可以通过肛门指检摸出来。医生在做该项检查时若发现指套上沾有黏液，说明该患者的直肠内有脓血性分泌物，如果沾有暗红色血液则提示肠道出血，鲜红色则可能是痔疮出血。大多数直肠癌尤其是低位直肠癌可通过直肠指诊检查发现病变。另外，通过直肠指诊检查还可明确癌肿的形状、质地和移动度等。

目前应用的各种高精尖诊断检查技术的确解决了很多问题，但也不能忽视问诊、一般的视触叩听和常规的实验室检查，更不能以此取代临床医生的诊断。从基本检查或大规模筛查角度来看，医生用最简单的诊断方法检查，符合成本一效益理论。

第二篇

消化系统常见病、肿瘤认识与防治

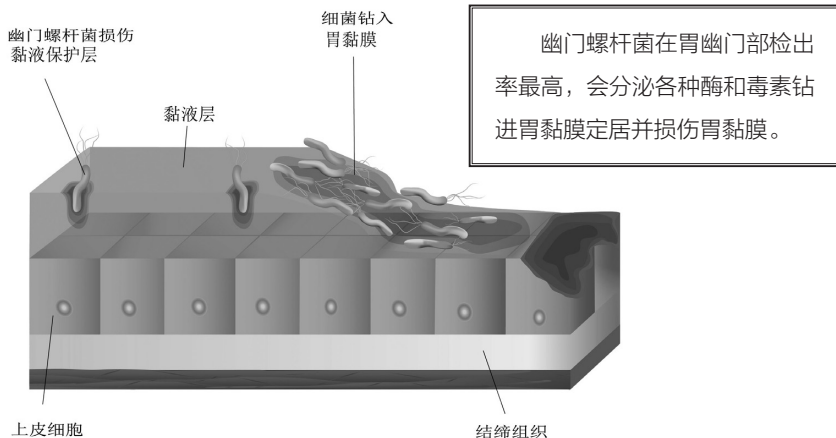
第四章 胃食管常见疾病

幽门螺杆菌与胃病

拿到体检报告单的小赵，看着幽门螺杆菌检测“阳性”的结果大为紧张。因为自己连续几年体检都是阳性了。“听说隔壁老王好好的就突然得了胃癌，幽门螺杆菌又可以导致胃癌，岂不是很危险？”他满心焦虑地来询问是不是要消灭它们？幽门螺杆菌是怎么来的？要怎么治疗？

幽门螺杆菌是由澳大利亚的两位学者研究发现的一种寄生在胃黏膜的细菌，简称Hp。这种细菌在胃黏膜上皮细胞常呈现出螺旋形，最早又在胃的幽门部检出率最高，因此得名幽门螺杆菌。幽门螺杆菌经口到达胃黏膜后定居感染，经数周或数月引发慢性、浅表性胃炎，在一定条件下发展为十二指肠溃疡、胃溃疡等。

► 幽门螺杆菌如何致病



幽门螺杆菌穿透黏液层在胃上皮细胞表面定居并分泌碱性磷酸酶物质以定居于胃黏膜内，并且会分泌对胃上皮细胞起破坏作用的毒素因子，其代谢产物还能诱发慢性炎症。

► 我国幽门螺杆菌感染率高

据临床流行病学调查，幽门螺杆菌感染呈世界性分布，感染范围广，但流行情况差异很大。在美国等发达国家，50岁以下人群的感染率小于20%，但在中国这样的发展中国家感染率很高。中国幽门螺杆菌感染率在50%~80%，但由于目前国内经济水平、生活条件、卫生条件也相差很大，因此这个数据在不同地区也会有所波动。一般认为经济水平低、生活条件差是感染幽门螺杆菌的危险因素。

► 幽门螺杆菌与胃病有什么关系

可以说幽门螺杆菌参与了几乎各种胃病的发生、发展。大量研究表明，超过90%的十二指肠溃疡和80%左右的胃溃疡都是由幽门螺杆菌感染导致的；幽门螺杆菌感染会导致或加重各种急慢性胃炎；幽门螺杆菌感染还是胃黏膜相关淋巴组织淋巴瘤和胃癌的主要致病因素之一。正常胃黏膜很少检出幽门螺杆菌，慢性胃炎患者幽门螺旋杆菌的检出率很高，约50%~80%，慢性活动性胃炎患者幽门螺杆菌检出率则更高，达90%以上。种种证据都表明幽门螺杆菌与各种胃病都有“暧昧关系”，所以有人说胃不好的人里十个人中九个有幽门螺杆菌感染。

大部分细菌都没办法在高胃酸的环境中生长，但幽门螺杆菌与一般细菌不同，它会牢固定居在胃的黏膜层中，并破坏胃黏膜，导致各种急慢性胃炎和消化性溃疡，包括诱发胃癌。

幽门螺杆菌感染与是否发病关系不是绝对的，很多人胃内终身携带幽门螺杆菌，但临床上却一直没有症状，这样的人叫幽门螺杆菌的携带者。反过来看，有胃病的人绝大多数与幽门螺杆菌感染有关，幽门螺杆菌有时候是罪魁祸首，有时候其作用是推波助澜，因此在根治幽门螺杆菌后他们

的胃病或多或少能够好转甚至治愈。

► 幽门螺杆菌与胃癌有什么关系

幽门螺杆菌的确与胃癌密切相关，是致胃癌的I类致癌原，国内外已经有很多文献报道。有研究发现胃癌发生率高的国家幽门螺杆菌感染率亦高，根治了幽门螺杆菌可以降低胃癌发生概率和风险，幽门螺杆菌感染率高的国家胃癌发病率也相应增高，比如中日韩三国是幽门螺杆菌感染率较高的三个国家，这三个国家同时也是世界上胃癌发病率最高的。

需要强调的是没办法对个体感染幽门螺杆菌进行会不会发生胃癌的预测。因为得出这些结论是通过大规模人群统计调查观测得出的结论，只能说长期感染幽门螺杆菌的人群患胃癌的风险更高。如果你问医生感染了幽门螺杆菌是不是以后很容易得胃癌，这种预测是没有参考价值的。胃癌的发生是一个多步骤、多因素进行性发展的过程，不是简单以是否感染幽门螺杆菌就能预测的。

► 幽门螺杆菌要不要消灭

时下不少医疗机构的体检套餐里都增加了幽门螺杆菌的检查项目，通过抽血或吹气等试验，看看体检者体内有没有携带幽门螺杆菌。其实，并非所有感染了幽门螺杆菌的人都必须接受治疗。我国一般人群中幽门螺杆菌的感染率高达50%~80%，但在这些感染了幽门螺杆菌的人中不少都没有症状，他们自己也不知道。

幽门螺杆菌在特定的条件和个体上危害较大，没有胃部症状和危险因素的人们面对幽门螺杆菌感染不必太过紧张。否则过度治疗的话反而会带来其他不良后果。一般来说没症状和没有高危因素的人群可以不必用药，滥用药物的话可能还会导致更为麻烦的药物性肝炎。

大部分无症状幽门螺杆菌携带者无须治疗，但以下四类感染者（约占感染幽门螺杆菌者的1/3）须治疗：消化性溃疡患者或其他相关胃病患者；

糜烂性胃炎患者；父母、兄弟姐妹等直系亲属患有胃癌的感染者，幽门螺杆菌可能会加大患胃癌的风险；本身心理上对幽门螺杆菌特别恐慌的患者，可以适当治疗缓解紧张情绪，对胃部症状也可以起缓解作用。

► 如何检测幽门螺杆菌

幽门螺杆菌的诊断检测方法包括侵入性和非侵入性两大类。所谓侵入性方法主要指必须通过胃镜取活检标本检查，可以进一步做细菌的分离培养和直接涂片、快速尿素酶试验、药敏试验，是医院里的常用方法。非侵入性方法包括血清学 and 同位素追踪两大类。

» 胃镜下检测

这种方法称作快速尿素酶试验，在做胃镜检查时会针对性地加做这种检查。做胃镜检查时，在不同的部位分别取一小块胃黏膜，放在试剂盒里检测，若试剂颜色由黄褐色变为红色或紫红色判为阳性，若试剂颜色不变则为阴性，准确性可达90%以上。

原理：幽门螺杆菌是人胃内唯一能够产生大量尿素酶的细菌，故可通过检测尿素酶来诊断幽门螺杆菌感染。其优点表现为这是胃黏膜感染幽门螺杆菌的直接证据。在检查幽门螺杆菌的同时可以检测胃黏膜的损害情况，检查是否有溃疡或者糜烂，活检组织评估有无癌前病变，同时还可以做细菌培养检测耐药性等多种相关检测。

» 呼气试验

也叫碳13/14呼气试验，通过口服同位素标记的碳原子来检测胃里幽门螺杆菌感染情况，是老百姓常听说的“吹口气就能检测幽门螺杆菌”的方法。

检查方法：呼气试验检查前需要空腹，检查时先让患者口服一粒碳14或者碳13尿素胶囊，30分钟后，受试者直接向集气瓶内呼气，收集呼出的气体进行检测即可，准确率也很高。由于简单易行没有痛苦，“吹气试验”易被老百姓接受，可以用于治疗感染幽门螺杆菌后的复查，观察药物

是否起效。一般复查前需停药一周。但碳14有一定放射性，不宜应用于儿童、孕妇、哺乳期妇女。

原理：幽门螺杆菌可产生高活性的尿素酶，服用碳13标记的试剂（尿素）后，如胃内存在幽门螺杆菌感染，其尿素酶可将尿素分解为氨和碳13标记的二氧化碳，碳13标记的二氧化碳会通过血液经呼气排出，收集呼出的气体，通过分析呼气中碳13标记的二氧化碳的含量即可判断患者是否存在幽门螺杆菌感染。

» 抽血检测

人体在感染幽门螺杆菌后血液中会产生相应的抗体，可以通过验血检测到，一般作为曾经感染过的证据。其优点在于检测较方便，灵敏度高，特异性高。缺点是血清检测幽门螺杆菌感染后的抗体一般要几周之后才能检测到，而且根除幽门螺杆菌后Hp抗体还呈现阳性，一般不用于诊断和观察疗效，比较适合应用在大规模调查幽门螺杆菌感染时。

» 口腔或粪便检查

唾液法测定幽门螺杆菌：收集4滴唾液即可检测，比较方便，该方法适合各年龄段人群，特别是老人、孕妇和儿童。检测口腔幽门螺杆菌的敏感性为96%，特异性为97%~100%，仅供参考，并非金标准。

粪便检测法是检测幽门螺杆菌粪便抗原的方法，用于治疗后复查。和唾液检查一样，属于患者不能接受常规检查时的替代方案。

► 怎么治疗幽门螺杆菌

治疗幽门螺杆菌感染主要靠药物，但不提倡用单一的药物，因为使用单种药物幽门螺杆菌的根治率一般小于20%，且易产生耐药性。去医院消化科就诊，根据个人情况不同而制订。

幽门螺杆菌的治疗过程并不复杂，目前采用三联或四联疗法治疗，一般用药一至两个疗程（10~14天）即可见效或可痊愈。

复查注意事项：一般在治疗后复查，需要在停用抑酸药或抗生素2周后复查，以防出现假阴性。

► 如何预防复发

根除Hp后，降低了患胃癌的风险，有老胃病的朋友要定期检查是否复发。感染幽门螺杆菌的主要原因是“菌从口入”，幽门螺杆菌传染力很强，可通过手、不洁餐具、共同进餐等途径传染。

在日常生活中要养成良好的卫生习惯，饭前要洗手，尽量使用公筷，因为唾液里也有少量幽门螺杆菌，容易通过筷子传播到食物上互相传染。如果家里有成员感染幽门螺旋杆菌，在治疗过程中，还要进行分餐制，餐具要定时煮沸消毒20分钟，防止交叉传染、反复感染。另外需要摒弃把食物在口中试一下烫不烫或者嚼碎再喂食婴幼儿的习惯，这样会把幽门螺杆菌传染给婴幼儿。

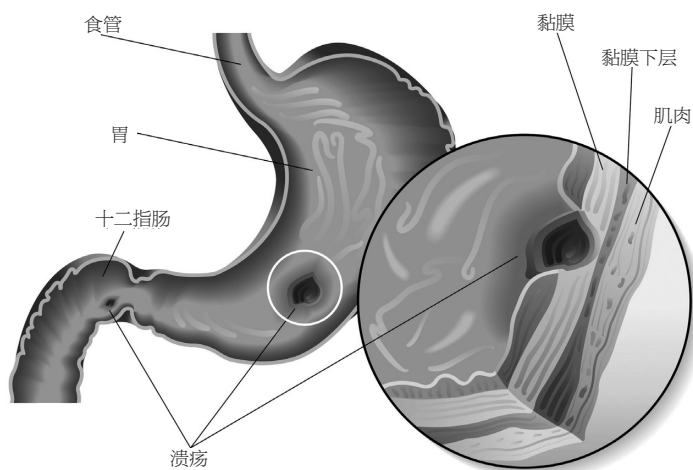
► 远离幽门螺杆菌的方法

1. 餐前洗手、不吃生肉、生吃瓜果时要洗净并去皮。
2. 幽门螺杆菌是经口腔进入人体的，因此，注意口腔卫生、防止病从口入。牙具等清洁用品要放在通风的地方。
3. 感染了幽门螺杆菌的人，如果要接受治疗，应忌烟、酒、咖啡及辛辣刺激的食物。

胃、十二指肠溃疡

小吴得十二指肠溃疡好几年了，反反复复发作，一到天寒地冻的季节尤其容易发作。每次一饿就疼，吃点东西就好。同样是有多年十二指肠溃疡的同事在一次聚餐后出现了胃穿孔，最后送到医院手术治疗。小吴妻子听说是十二指肠溃疡导致的，便催促丈夫好好治疗。

► 什么是胃、十二指肠溃疡



胃酸和幽门螺杆菌是溃疡发生的两个重要因素，严重的胃溃疡甚至可以穿透整层胃壁。

消化性溃疡指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，即胃溃疡和十二指肠

溃疡，之所以还叫消化性溃疡，主要是由于其溃疡形成与胃酸、胃蛋白酶的消化作用有关。溃疡比糜烂病变程度更深，糜烂是一个局限性的黏膜缺损，它不穿透黏膜肌，愈合后不遗留任何痕迹；而溃疡的黏膜缺损穿透整个黏膜层，时常穿入甚至穿通其他各层，愈合后遗留疤痕，因此胃溃疡会有出血、穿孔、癌变等并发症。

消化性溃疡作为一种常见病，发病率非常高。据早期统计，约10%~12%的人会患消化性溃疡，发病人群更是非常广泛。近年来，随着社会节奏的加快、生活压力的增大，消化性溃疡发病率节节攀升。目前，虽然没有消化性溃疡发病率的具体统计数字，但是从医院就诊人数来看，消化性溃疡发病率还是非常高的。

► 为什么会得消化性溃疡

在正常生理情况下，胃、十二指肠黏膜每天都在接触有强侵蚀力的胃酸和胃蛋白酶，此外，还经常受摄入的各种有害物质的侵袭。胃、十二指肠能抵御这些侵袭因素的伤害，维持黏膜的完整性，这是因为其黏膜具有一系列防御和修复机制。

近年的研究已经明确，幽门螺杆菌是导致消化性溃疡发病的最常见原因。

1. 幽门螺杆菌：20世纪80年代发现的幽门螺杆菌也被证明是消化性溃疡的重要致病原因，特别是在十二指肠溃疡中是重要致病原因。随着幽门螺杆菌的发现，临床上发现很多溃疡患者体内含有此菌。

2. 胃酸：医学界曾经有一句话很出名，叫作“无酸无溃疡”，此语道出了消化性溃疡的重要致病因素——胃酸。食物的消化离不开胃酸，但过多的胃酸分泌却也容易导致消化性溃疡的形成。

3. 其他因素：除了胃酸和幽门螺杆菌是胃、十二指肠溃疡致病要素外，环境、精神，甚至药物等都可能致病。以吸烟为例：吸烟者会增加90%的胃酸分泌，长期大量吸烟不仅不利于溃疡的愈合，而且还容易导致溃疡

复发。一些食物如咖啡、浓茶、烈酒等食品也可导致溃疡加重。过度紧张、悲观等不良情绪也易导致消化性溃疡的发生。

► 症状

消化性溃疡主要的症状就是胃痛，除中上腹疼痛外，尚可伴有唾液分泌增多、烧心、反胃、嗝酸、嗝气、恶心、呕吐等其他胃肠道症状。食欲多保持正常，但偶可因餐后疼痛发作而惧食，以致体重减轻。

疼痛性质多呈钝痛、灼痛或饥饿样痛，一般因较轻而能耐受，持续性剧痛提示溃疡穿透或穿孔。疼痛常因精神刺激、过度疲劳、饮食不慎、药物影响、气候变化等因素诱发或加重，休息、进食、服制酸药、以手按压疼痛部位后可减轻或缓解。

► 特点

» 长期性

由于溃疡发生后可自行愈合，但每于愈合后又好复发，故常有上腹疼痛长期反复发作的特点。整个病程平均6~7年，有的可长达一二十年，甚至更长。

» 周期性

上腹疼痛呈反复周期性发作，乃此种溃疡的特征之一，尤以十二指肠溃疡更为突出。中上腹疼痛发作可持续几天、几周或更长，继以较长时间的缓解。疼痛全年都可发作，但以春、秋季节发作者多见。

» 节律性

溃疡疼痛与饮食之间的关系具有明显的相关性和节律性。在一天中，凌晨3点至早餐的一段时间，胃酸分泌最少，故在此时间内很少发生疼痛。

十二指肠溃疡的疼痛好发生在两餐之间，持续不减直至下餐进食或服药物后缓解。胃溃疡疼痛的发生较不规律，常在餐后1小时内发生，经1~2小时后逐渐缓解，直至下餐进食后重复出现上述节律。

► 消化性溃疡并发症

虽然消化性溃疡在治疗上已经取得长足进步，但是如果不重视预防和治疗也会出现并发症。消化性溃疡会出现许多并发症，其中比较严重的包括胃出血、胃穿孔、幽门梗阻和癌变。若出现了这四种并发症有时候就需要手术干预了。

» 胃出血

出血是消化性溃疡最常见的并发症，也是上消化道大出血最常见的病因（约占所有病因的50%）。溃疡会侵蚀到胃各层，若其侵蚀到了血管尤其是动脉就会出现胃出血。出血量的多少与被侵蚀血管大小相一致。小量出血仅表现为粪便隐血，大量出血表现为呕血和（或）黑便。

» 穿孔

十二指肠穿孔、胃穿孔是普通外科最常见的急腹症，是溃疡病最严重的并发症。穿孔发生多有长期溃疡病史和近期加重病史，但约10%的患者无明确溃疡病史。暴饮暴食是诱发穿孔的重要原因。

穿孔会突然发生剧烈的腹痛，疼痛最初开始于上腹部或穿孔的部位，常呈刀割或烧灼样痛，一般为持续性，也可以有阵发性加重。疼痛很快波及全腹，仍以上腹部为重，有时向肩背部放射，全腹部肌肉紧绷。

» 幽门梗阻

消化性溃疡会并发幽门梗阻，这主要是由十二指肠溃疡或幽门管溃疡引起的。溃疡急性发作时可因炎症水肿和幽门部痉挛而引起暂时性梗阻，可随炎症的好转而缓解；而慢性梗阻主要由于疤痕收缩而呈持久性。幽门梗阻表现为：餐后上腹饱胀、上腹疼痛加重，伴有恶心、呕吐隔夜或隔夜餐食物，大量呕吐后症状可以改善，呕吐物含发酵酸性宿食。

» 癌变

胃溃疡是一种良性病，与胃癌究竟有什么关系，胃溃疡与胃癌之间的距离有多远？

关于胃溃疡能否癌变的问题，一直存在着争论。虽然有人认为胃癌的

发生与溃疡无关，但从临床或病理学的研究中可以看到，胃溃疡与胃癌的发生存有一定关系，但无法准确预测。国内报道胃溃疡的癌变率为5%左右，尤其是胃溃疡病史较长、溃疡较大和中年以上的患者癌变的概率较大，溃疡边缘部的黏膜上皮或腺体受胃液侵蚀而发生糜烂，在反复破坏和再生的慢性刺激下转化成癌。

但冰冻三尺非一日之寒，胃癌的发生也不是一朝一夕的事情。胃癌的发生并非是由正常胃黏膜上皮细胞骤然转变为癌细胞，而是一个渐进的过程，只要足够重视完全可以预防，对于高危人群尤其适用。

► 如何治疗消化性溃疡

消化性溃疡的药物治疗效果还是相当不错的，如果没以上四种并发症，溃疡病可以在内科治疗。治疗原则是消除病因、缓解症状、愈合溃疡、防止复发和防治并发症。针对病因治疗（如根除幽门螺杆菌）有可能彻底治愈溃疡病，是近年消化性溃疡治疗的一大进展。

» 一般治疗

生活要有规律，避免过度劳累和精神紧张。注意规律饮食，戒烟、酒。服用非甾体抗炎药者尽可能停用或者用别的药代替（是导致消化性溃疡的常见原因）。

» 药物治疗

治疗消化性溃疡的药物可分为抑制胃酸分泌的药物和保护胃黏膜的药物两大类。主要起缓解症状和促进溃疡愈合的作用，常与根除幽门螺杆菌治疗配合使用。

抑酸：抑制胃酸药物促进溃疡的愈合，与抑酸治疗的强度和时间成正比，目前常用的有奥美拉唑、兰索拉唑等，抗酸药具中和胃酸作用，可迅速缓解疼痛症状，但一般剂量难以促进溃疡愈合。

保护胃黏膜：枸橼酸铋钾片(商品名：丽珠得乐)因兼有较强抑制幽门螺杆菌作用，可作为根除幽门螺杆菌联合治疗方案的成员。

根治幽门螺杆菌：在大多数溃疡病例中，幽门螺杆菌是重要致病因素。根除该细菌，不仅有助于溃疡愈合，且能减少复发甚至改变本病的自然病程。（具体内容详见幽门螺杆菌与胃病章节）

通过药物的控制，抑制分泌过多的胃酸、消灭幽门螺杆菌、消除消化性溃疡的致病温床，进而根治消化性溃疡，特别是因幽门螺杆菌致病的十二指肠溃疡。通过三联、四联药物疗法，可以完全根治胃、十二指肠溃疡。

应注意合理、规范、系统用药，用药一定要按疗程。临床上经常出现很多患者，只要疼痛减轻、甚至是消失，便停止用药。好了伤疤忘了痛的做法对消化性溃疡的根治是有百害而无一利的，直接导致消化性溃疡复发。因此，溃疡患者一定要遵从医嘱，切勿自作主张。

► 预防溃疡复发

对溃疡复发同时伴有幽门螺杆菌感染复发（再感染或复燃）者，可予根除幽门螺杆菌再治疗。有些情况则要用长程维持治疗来预防溃疡复发。如有效根除幽门螺杆菌及停用非甾体抗炎药（去除了消化性溃疡的两大常见病因）可以大大减少溃疡复发的可能性。

另外注意精神与饮食调摄，避免过度紧张和情绪不宁，必要时可短期使用安定和镇静剂。饮食要定时，避免过饥过饱过粗糙、过冷过热和刺激性的饮食，如辛辣食品、浓茶、咖啡等；戒烟酒。

慢性胃炎

老李是一名司机，长年跑长途。因为经常中午吃饭不及时，再加上喜欢空腹饮酒，慢慢地胃开始不舒服，胃胀、胃口差吃不下，还有恶心、呕吐、上腹部疼痛、一会儿腹泻一会儿便秘。不仅车开不了，还浑身难受。因为每天来回奔波，没时间就医，老李忍着坚持工作。再加上经常胃口不好让老李日渐消瘦，体力不支，他才想到去医院接受治疗，做胃镜检查发现已经形成了慢性萎缩性胃炎。

► 什么是慢性胃炎

谈到慢性胃炎很多老百姓都把胃不好、老胃病与慢性胃炎联系在一起。那么究竟慢性胃炎是怎样定义的呢？

慢性胃炎从字面上理解就是胃黏膜的慢性炎症，但这是个笼统的概念，过去诊断这种病，有医生判断的也有根据胃镜检查得出的，所以叫法、诊断都比较混乱。后来，随着胃镜的普及，医生们达成共识，强调胃镜活检是诊断胃炎的金标准。

糜烂、出血等情况可以通过胃镜检查直接肉眼看出，因此可以把胃炎分为糜烂性胃炎、胆汁反流性胃炎、出血性胃炎等类型（因为这样的胃炎可以直接看出来）。但诊断是不是萎缩性胃炎，还需要做病理活检，在显微镜下判断，然后最终给出萎缩性胃炎的诊断。

按现在的标准可以把慢性胃炎分为很多种，有慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎、糜烂性胃炎、胆汁反流性胃炎、出血性胃炎、萎缩性胃炎伴糜烂……容易把人们搞得云里雾里的，这么多的种类，有什么不同吗？

无须知晓太多，我们可以简单将其分为三大类：萎缩性胃炎、非萎缩

性胃炎和特殊类型胃炎。目前这么分类主要是依据胃镜观察及活检对胃黏膜层炎症做出的诊断。

慢性胃炎可以说是一种最常见的胃病，在医院做胃镜检查的人80%~90%都能诊断为慢性胃炎，但程度轻重不一。发病率这么高？想想也不奇怪，造成慢性胃炎的病因有很多：最常见的是幽门螺杆菌感染、自身免疫因素、应激、食物、药物、酒精、胆汁反流等。每天胃受到各种外来食物的刺激，有慢性浅表性胃炎一点都不奇怪，只要没有什么症状不需要太过紧张。

► 慢性胃炎有什么症状

大多数慢性胃炎的患者没有任何症状，小部分有一些常见胃病的症状，比如胃灼热、上腹痛、烧心、嗝气、打嗝、腹胀、食欲差等，且轻重不一，对生活影响程度也不同。

慢性胃炎的种类这么多，症状也轻重不一，无法一一介绍，但慢性胃炎中的萎缩性胃炎是需要关注的一种，接下来会重点介绍，它最常见并且与胃癌的关系密切。有报道，萎缩性胃炎转变为胃癌的发生率约为10%。

► 萎缩性胃炎

李先生从医生手中接过胃镜检查的报告单，顿时眉头紧皱，原来，报告单的诊断结果为“慢性萎缩性胃炎”。此前，他曾听不少人说萎缩性胃炎容易转成胃癌。正值中年的他，上有老，下有小，一想到那个可怕的字眼，又怎能不忧心忡忡呢？其实，在胃镜检查的病友中，李先生这样谈“萎”色变者大有人在，那么萎缩性胃炎离胃癌到底有多远呢？

萎缩性胃炎是胃黏膜因炎症浸润等原因，导致胃黏膜的腺体萎缩或消失，其发病率随年龄的增大而明显增多。其主要表现为上腹部饱胀不适或疼痛，特别在餐后明显，其他症状与慢性胃炎的一般症状类似。

» 恶变有条长路，预防可阻断

从浅表性胃炎→萎缩性胃炎→肠上皮化生和不典型增生→胃癌的过程

是一个“漫长”的过程，其中，肠上皮化生和不典型增生是开始“变坏”的标志。“胃型”黏膜被“肠型”黏膜所替代，这就是所谓的胃黏膜肠上皮化生，不典型增生的特点是易突变成癌。

国内外学者对萎缩性胃炎进行的长期追踪观察结果显示，胃癌发生率与萎缩性胃炎的病史长短及病情的严重程度有关。但这类病变是可逆的，所以说萎缩性胃炎并不等于胃癌。那如何让患有萎缩性胃炎的病友的病情向好的方向转归，远离胃癌呢？

1. 首先应科学对待病情，消除思想顾虑。心理压力会影响人体胃液的分泌、黏膜血管充盈程度，这些对胃黏膜修复不利。心理压力大、负担大会加重胃部的症状，会把微小的不适感放大，影响生活质量，因此学会调节自己的情绪，轻松愉快地生活，有助缓解症状。

2. 三餐定时、定量，有规律，饮食清淡，不宜过饱、过饥、过冷、过烫、过硬、过腻。少吃腌制品和辛辣刺激性食物。戒除烟、酒、浓茶、咖啡等不良嗜好。

3. 注意定期复诊。复查胃镜看看那个“萎缩”是往坏的方向发展了，还是停步不前，甚至有的细胞还可以退回来，从不正常退回成正常细胞。当然这不是自己能看到的，还必须借助胃镜检查，我们所需要的就是提高主动检查的意识。只有通过检查，才能知道正常的胃跟胃癌之间，相距是很远，还是很近。要不然，你只是说“我不舒服”、“我有感觉”或者“没有感觉”，这种表述都不准确。

4. 萎缩性胃炎伴有肠上皮化生和不典型增生者，平日里可以多进食富含 β -胡萝卜素、维生素C以及叶酸的食物，如猕猴桃、柑橘、草莓和动物肝脏、绿色蔬菜等，它们有助于病情好转，但不可过度依赖这些食物，毕竟效果有限。若重度肠上皮化生和不典型增生（又称癌前病变），应予高度重视，定期复诊。必要时，及时手术切除病灶，斩断祸源。

► 能不能通过不舒服的程度来判断慢性胃炎的程度

无法通过症状来判断萎缩性胃炎的严重性，其病变程度本身是一种内镜评估的分级，与症状没有绝对的相关性。患者的症状与胃镜检查所见和病理结果并不成正比，无明显症状的患者可能患有较严重的萎缩性胃炎；相反，有显著不适症状者未必会有胃黏膜萎缩。要判断胃炎的程度，以及是否有发展成胃癌的高危倾向，唯一的办法是通过胃镜检查。

► 诊断慢性胃炎一定要做胃镜吗

胃镜给很多人带来心理上的恐惧，都希望改做B超或者CT，这样是不可以的。胃炎本身就是一种局限在胃黏膜上的病变，而胃黏膜才几毫米，做CT和彩超无法看到；再者胃镜是通过胃腔直接对胃黏膜进行观察，还可以取一小块活检样本进行化验，所以胃镜是诊断胃炎的最准确手段。但在实际临床应用中出于各种原因还是有很多人不愿意做胃镜，此时这部分人只能依靠医生的经验进行治疗，对于其病情无法准确评估，治疗有一定的弊端。

► 哪些常用药物有助于缓解慢性胃炎症状

抑制胃酸类、保护胃黏膜类、促进消化类、促进胃肠动力类药物有助于缓解慢性胃炎症状。常用的抑制胃酸类药物有 H_2 受体拮抗剂（雷尼替丁、法莫替丁等）与质子泵抑制剂（奥美拉唑、兰索拉唑等）；保护胃黏膜的药物有硫糖铝片（商品名：达喜）、胶体果胶铋（商品名：丽珠得乐）。不太建议自行用药，因为有一部分人会因为症状得到了好转而不去进一步治疗真正的病因，实际上是在延误病情。

急性胃肠炎

小朱昨天晚上与朋友在夜市吃夜宵，没想到第二天早上开始就出现肚子疼，又吐又泻，还发热，体温最高达到39.5℃，一趟趟跑厕所，到最后每次都只能解出很少的稀便，家里人见状赶紧将其送到医院。医生在了解了病情后，化验了粪便并抽血检查发现白细胞很高，告诉小朱他得的是急性胃肠炎，很可能就是吃了那家餐馆的食物所致。

现代人生活节奏快，常在外就餐，饮食不洁时容易患上急性胃肠炎。急性胃肠炎是指由不同因素引起的胃黏膜的急性炎症性改变，临床表现有上腹部剧烈疼痛、恶心呕吐、反酸暖气、畏寒发热等。

► 急性胃肠炎是怎么得的

急性胃肠炎的罪魁祸首：细菌及其毒素。主要是指吃进去的一些致病菌及其毒素对胃黏膜造成的损伤，常表现为急性胃肠炎或者食物中毒。常见致病菌为沙门氏菌、嗜盐菌、致病性大肠杆菌等，常见毒素为金黄色葡萄球菌及肉毒杆菌毒素，尤其是前者较为常见。进食被细菌或毒素污染的不洁食物数小时后即可发生胃炎或同时合并肠炎，此即急性胃肠炎。近年因病毒感染而引起的急性胃肠炎也越来越多。

► 症状

急性胃肠炎一般是在食用了被污染的食物、服对胃有刺激的药后数小时至24小时发病。主要症状有腹痛、呕吐、腹泻、发热等，症状轻重不一。

腹痛一般位于上腹部正中偏左或脐周，表现为压痛，呈阵发性加重或持续性钝痛，伴腹部饱胀、不适，但多数患者无法准确描述。恶心、呕

吐，呕吐物为未消化的食物，吐后感觉舒服。

急性胃肠炎可以引起较重的腹泻，每天大便数次至数十次。大量水样便、含少量黏液，恶心呕吐，食欲低下，有时呕吐出咖啡样物。如合并食物中毒可由烦躁不安进而精神不振、意识不清，甚至昏迷。

实验室检查外周血白细胞总数增加，中性粒细胞比例增多。内镜检查见胃黏膜充血、水肿、渗出，可有点状出血或小糜烂灶等。

► 治疗

急性胃肠炎来得快去得快，常在数天内恢复。由于病因通常是一过性的，且健康人有抵抗力，所以治疗上一般以休息等对症治疗为主。

» 一般治疗原则

休息，待机体恢复，病情轻者口服葡萄糖电解质液以补充体液的丢失。鼓励摄入清淡流质或半流质食品，以防止脱水或治疗轻微的脱水。必要时进行对症治疗，如使用止吐药、解痉药等。

急性胃肠炎如果处置及时，预后一般良好。但有以下几点注意事项。

1. 不要随便吃止泻药。如果得的是急性胃肠炎或食物中毒，腹泻有助于细菌毒素和有毒物质排出体外，用药很快止住腹泻，反而会加重病情。
2. 要避免脱水。腹泻较重的患者身体都会丢失大量水分，排便次数多，常伴呕吐，严重者会出现脱水和电解质紊乱。病情较轻的患者，可饮糖盐水，补充水和盐，纠正水盐代谢紊乱，严重者尤其是儿童需要依靠静脉输液补充水分和电解质。
3. 不乱用抗生素。首先抗生素在病因不明的情况下使用可能是无效的，长期使用还需警惕引发抗生素相关性腹泻。对于感染性腹泻，如果细菌毒力强，或者患者体质较弱、发热严重者应针对性选用抗生素。
4. 腹泻期间吃稀饭、汤面、面片等流质或半流质食物。这样可以减轻胃肠负担，有利于胃肠道功能的恢复。流质饮食顺利过渡后，可改为低脂

少渣半流饮食，仍应少量多餐，可每天5~7餐，开始时食物用量以每餐不超过300毫升为宜，以后可逐渐加量。最好不食用高脂肪、高糖及强烈刺激性的食品。

► 预防

急性胃肠炎是典型的吃出来的病，与我们饮食不讲究有很大关系，所以预防需要从饮食做起：不食未经洗净、煮熟的食物，不吃隔夜、不新鲜或卫生条件没保障的食物。

» 毒素不是煮熟就能去除的

很多人认为急性胃肠炎是因为吃进去的食物中的细菌在作怪，其实不然。细菌在沸水里容易被杀死，但其产生的毒素仍可以导致严重的胃肠炎。比如最常见的葡萄球菌在食物中大量繁殖后产生的肠毒素能引起中毒。一般室温下放置一定时间细菌即可繁殖并产生毒素。葡萄球菌产生的肠毒素耐热性强，煮沸1.5~2小时可不被破坏，仍保持毒性。已有馊味的食物虽经加热可以杀死细菌，但无法去除毒素，仍然可以引起食物中毒。

病毒性胃肠炎

春节期间谭先生陪妻子回北方娘家，刚到家里两天，谭先生就出现了浑身酸痛无力、恶心、腹泻和发热的症状，还以为是水土不服，家里人让他吃了点“喇叭正露丸”也不见好转。饭也吃不成，吃什么拉什么，后来腹泻都是水，去医院看病才知道原来不是“水土不服”，而是得了急性病毒性胃肠炎。

► 什么是病毒性胃肠炎

病毒性胃肠炎又称病毒性腹泻，是一组由多种病毒引起的急性肠道传染病。临床特点为起病急、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，排水样便或稀便，也可有发热及全身不适等症状，病程短，愈后一般较好。各种病毒所致胃肠炎的临床表现基本类似。这种病与病毒性感冒类似，都是由病毒引起，得病后有全身发热等不适，但腹泻为最显著的区别症状。

诺如病毒是最常见的病原体，以前也叫Norwalk病毒，属于杯状病毒科。诺如病毒的厉害之处，在于感染剂量很低，人体摄入少量（不到100个病毒）就能致病，并且可反复感染。诺如病毒以每隔2~3年为周期出现新变异株。诺如病毒胃肠炎全年均有发病，其中约83%暴发流行发生在10月至次年3月期间（冬季和早春季节）。

在美国，每年大约2000万人感染诺如病毒而罹病。2010年12月广州从化发生一起水污染引起的诺如病毒感染，共有429人发病。2012年5月22日，台湾某店200食客群体性腹泻，后被证实为由韩国进口的贝类感染所致。2013年3月，广州大学城各所高校因感染诺如病毒导致聚集性腹泻，发病200多例。

► 症状

病毒性胃肠炎潜伏期一般为24~48小时，可短至18小时，长至72小时。起病急或逐渐发病，以腹泻、呕吐为主要症状，常伴有明显恶心。腹泻每天数次或十多次，水样便或黄稀便。腹泻为非血性，可有腹痛，有时腹痛呈剧烈绞痛，伴食欲减退、全身乏力、头痛、低热等。儿童患者先出现呕吐水样物，然后出现腹泻。病程一般2~3天，有自限性，食欲不振及乏力可持续数日，老年患者病程较长。白细胞大多数正常或稍高，亦有少数白细胞计数降低。大便镜检多无异常，培养无致病菌生长。

► 治疗

由于是病毒感染所致，目前尚无有效的药物可以杀死病毒，主要靠人体免疫力来对抗，所以本病无特别的治疗手段，主要是饮食疗法，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡，以及对症治疗。轻度脱水一般可用口服补液的方法纠正，中至重度脱水则需静脉输液治疗。蒙脱石散（商品名：思密达）为肠道黏膜保护剂，能覆盖消化道黏膜，对细菌、病毒及其毒素起吸附作用，能缩短腹泻时间，减少排便次数，主要应用于发病后期止泻。发病初期不可盲目止泻，因为发病初期的腹泻有助于病毒排出体外。

► 如何预防

冬季是胃肠疾病的多发季节，需谨防胃肠炎。要想远离病毒性胃肠炎，首先应该严把食物质量关，生熟分开、少吃生食，特别是不要生吃海鲜，蔬菜水果需要彻底清洗。常言道“病从口入”，诺如病毒就通常栖息于牡蛎等贝壳中，一旦生食就容易感染。另外，病毒性胃肠炎容易在人群中传播，因此应做好个人卫生，勤洗手、避免粪一口途径感染。

功能性消化不良

小周来门诊，跟医生反映说近几个月来他饭后烧心、腹胀、肚子经常叽叽咕咕，严重时甚至肚子隐隐作痛，吃东西也没什么食欲；去检查了胃镜和腹部彩超都没发现什么问题，自己拿了药吃，没起效，还反复发作，最后才来到一家大型医院，被医生诊断为功能性消化不良。

► 什么是功能性消化不良

每个人几乎都遇到过一两次吃东西不消化、不舒服的情况，有的人只有一两次，有的人却反反复复。“消化不良”一般是指功能性消化不良，但也有部分是器质性疾病引起的。

很多疾病的症状之一就是消化不良，比如胆囊炎、慢性胰腺炎、萎缩性胃炎等；也有很多人没有器质性疾病但也有消化不良的症状，因此为了区分这两种不同原因的消化不良，我们将这种相关检查是正常的，却又有消化不良症状的称为功能性消化不良。要诊断功能性消化不良首先要排除是不是一些器质性疾病引起的，比如最常见的急慢性胃炎、胃食管反流、胃溃疡、胆囊炎、胃癌等疾病。

► 功能性消化不良是不是病

既然排除了器质性疾病才能诊断功能性消化不良，那么功能性消化不良究竟是不是病呢？其实，功能性消化不良是一种疾病状态，偶尔一两次的消化不良对人体健康没有任何影响，但长期出现消化不良的症状会影响生活、工作。据报道功能性消化不良的发生率大约在10%，尤其在年轻人和工作压力大白领人群中多发。

► 功能性消化不良的症状有哪些

消化不良可以有很多症状，最常见的有上腹部不适、腹胀、嗝气、食欲不振、恶心、呕吐等。这些症状很常见，也没有特异性，因此很容易与一些较轻微的器质性疾病相混淆。

几乎每个人都有消化不良的症状，腹痛、腹胀这些症状很常见、也很容易被忽视。如何与器质性疾病区分呢？一般来说功能性消化不良带来的腹部不适感通常都可以忍受，很少持续性发作，容易自发缓解、也容易反复。而器质性疾病带来的腹部不适感若病因不去除通常不会缓解，比如胆囊结石患者经常会有消化不良的症状，是因为胆汁排泄不畅，不利于消化脂类食物。

在此提醒大家，出现以下情况要警惕：如果腹部不适无法忍受或者不伴伴有黄疸、呕血、黑便等，肯定不会是功能性消化不良引起的，应该及时就医明确。

► 功能性消化不良饮食有没有禁忌

很多人会问医生：我什么可以吃？什么不该吃？听说隔壁老王一吃萝卜就闹肚子，我是不是也不能吃？在回答这个问题前我们要明白一个道理，每个人在其成长的环境中接触的食物、适应的食物不同，同一种食物有人吃了很好，有的人吃了却不消化，是因人而异的。因此没有一个具体的食品列表来回答什么能吃或者不能吃。功能性消化不良患者在选择食物时把握好一个原则：只要是自己适应的食物都可以吃。

一般来说，主要是避免油腻食物、辛辣刺激食物、烟酒等，可以记录自己每天吃的东西，看有没有不舒服的症状，过一两个月后统计总结，挑出自己不适应的食物，这样才符合因人而异的原则。

警惕药物性胃出血

老钱今年60岁，得痛风10多年了。听说隔壁老刘吃了一种药把痛风吃好了，老钱也吃了一段时间，发现痛风急性发作慢慢变少了，就以为痛风被控制住了。让老钱始料未及的是，一天晚上他突然呕血并晕厥，被家人紧急送到医院急诊抢救。当时他血红蛋白只有正常人一半不到，医生诊断他是胃溃疡大出血，而导致胃溃疡的罪魁祸首正是老钱吃了大半年的治疗痛风的药。

后来老钱了解到，原来他服用的药被不良商家掺兑了消炎痛和激素这些成分。就是这两种成分的副作用导致老钱发生胃溃疡，引发严重的出血。

药物性胃出血属于急性胃炎的范畴，是比较严重的急性胃炎的一种表现。其发病原因为药物的副作用导致胃黏膜对胃酸的抵抗能力下降，胃黏膜被胃酸腐蚀发生的急性炎症，轻的可能只有糜烂，严重者可导致出血甚至穿孔。一般停药后症状好转，胃黏膜多数可以修复完好。

一些人因为患有有关节炎、心脑血管病等慢性病，需要经常服用止痛类药物或抗凝剂，却忽视了对胃的保护。临床研究发现，46%~75%长期使用抗炎药的患者，出现过胃出血或溃疡的病史。在美国每年因此住院的患者超过10万人次。

► 哪些人要注意

长期服用止痛药和抗凝药的人群一定要注意药物的副作用，不要随意用药。如果已有胃部不适的患者，最好先做个胃镜，了解胃黏膜损伤的程度，请医生根据情况对症治疗。或请医生尽量选择对胃肠道相对安全的止痛药，做到“镇痛”、“保胃”两不误。

► 哪些药物容易导致胃黏膜损伤

一般来说有以下几类药物：激素类药物、非甾体抗炎药（也称为解热镇痛类消炎药）。

非甾体抗炎药：这类药物应用广泛，小到发热感冒、头痛、牙痛等常见病，大到治疗骨关节病、类风湿关节炎以及预防心脑血管并发症。此类药物易引起急性胃炎的有阿司匹林、吲哚美辛（商品名：消炎痛）、双氯芬酸、布洛芬（商品名：芬必得）等。

这类药物会使胃黏膜对胃酸的抵抗力下降，导致胃黏膜出现充血、水肿、糜烂和出血等病理过程，同时还抑制胃黏膜的修复。

激素类药物：如强的松、地塞米松、可的松等，这类药物有减少黏液分泌及促进胃酸和胃蛋白酶分泌的作用。不少胃病患者使用激素类药物后，会加重病情，严重者可出现胃出血和穿孔，所以长期服用此类药物时，应尽量搭配一些抑酸药，如奥美拉唑、埃索美拉唑等。

► 如何发现吃药是否对胃有损伤

首先药物的副作用并不会发生在所有人身上，那么如何判断什么时候该更换或者停药呢？一般要是患者出现腹胀、反酸、恶心，甚至腹痛，那我们要考虑到消化科就诊，明确一下你当时胃肠道的情况。老年人因为阿司匹林引起的胃出血、消化道出血，可能首先的表现就是排黑便，甚至严重的直接吐血。

► 如何做到吃药不伤胃

前面介绍到，一些解热镇痛类药物、激素类药物会使胃黏膜抵抗胃酸的能力减弱导致胃黏膜损伤，但很多情况下吃这些药是不得已而为之的，那么如何能做到吃药不伤胃呢？

与医生沟通，尝试着更换一些作用相同但对胃黏膜损伤更小、副作用更少的药，比如选择阿司匹林肠溶片（商品名：拜阿司匹林）来代替普通的阿司匹林；选择胃肠副作用少的止痛药来治疗关节炎，如利用塞来昔布（商品名：西乐葆）代替双氯芬酸（商品名：扶他林）等。

在没办法或者没条件更换药物的情况下，医生为了预防这些药物对胃黏膜的损伤，会开一些保护胃黏膜的药物或者抑酸药嘱患者一起服用。

常见的胃黏膜保护剂有硫糖铝片（商品名：达喜），这类药能与胃蛋白酶络合，抑制该酶分解蛋白质，并能与胃黏膜蛋白质络合成保护膜，阻止胃酸、胃蛋白酶和胆汁酸的渗透、侵蚀。此外，本药亦能促进胃黏膜细胞的新陈代谢。

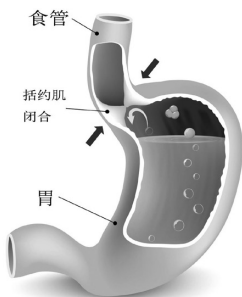
常见的抑酸药有奥美拉唑（商品名：洛赛克），可以直接抑制胃酸分泌，减少胃酸对薄弱胃黏膜的损伤。

如果已出现胃部问题，建议定期做内镜检查，这是预防和发现胃出血的重要手段。一般通过检查，可以及时了解胃是否出现炎症和溃疡，并通过调整生活方式和服用适量的胃药来预防出血的发生。而在日常生活中，服药的方式和服药的时机对保护肠胃的影响也很大，一般建议尽量在饭后半小时内吃药，这样可以减少药物对胃黏膜的损伤。

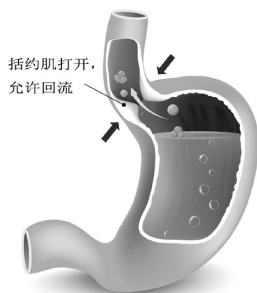
胃食管反流病

小钱吃完饭总是喜欢躺着午休一下，而最近他吃完饭再躺下休息就会感觉嘴里泛酸水、胸口后面烧，无法休息好，为此苦恼不已，到医院一检查原来他得的是胃食管反流病。

► 什么是胃食管反流病？



健康状态



胃食管反流病

胃内的胃酸逆流到了食管甚至食管外引起的一系列症状称为胃食管反流病。

相信很多人都有过一两次反酸的经历，偶尔一两次的反流属于正常的生理现象，但如果胃酸总是反流并给人们生活造成困扰那就成了一种疾病，叫胃食管反流病。胃酸具有腐蚀性，本来应该流向小肠与碱性的消化液中和，一旦逆行跑到了其他地方，将对食管、咽喉、甚至气管造成刺激或损伤。这种病的原因就是由于胃酸“到了不该去的地方”。

► 引起胃食管反流的原因

引起胃食管反流的原因很多，最常见的是“阀门”功能出现问题，医学上称为食管下段括约肌抗反流功能减弱。

前面我们介绍到胃食管连接处有一个“阀门”，叫贲门，贲门处有括约肌控制胃和食管连接处的开放和关闭。贲门的作用就像是一个可开可闭的阀门：非进食的时候，贲门处于关闭状态，这样即使人在倒立过来的时候，胃里的胃酸和食物也不会倒流回食管；而这个阀门一旦没办法正常关闭，胃内的胃酸就容易反流到食管甚至口腔，出现反酸、烧心等一系列症状。

► 胃食管反流病有何症状

胃食管反流病的表现可以多种多样：有的人表现为典型的反酸、烧心感；有的人表现为酷似心绞痛的胸骨后疼痛；有的人表现为久治不愈的咳嗽；有的人表现为咽喉炎。

反流性食管炎典型症状表现为胸骨后烧灼感（烧心）、反流和胸痛。烧心也叫胸骨后烧灼感，是指胸骨后向颈部放射的烧灼感，每个人表现的位置不定，有的人感觉在胃部，有的人在食管，因此不少人将其描述为消化不良。反流指胃内容物反流到咽部或口腔，尤其是当弯腰或平卧时。反流与呕吐不同，区别于呕吐前会伴有剧烈的恶心，而反流前无恶心症状。症状轻微时可仅表现为醒来时口内苦辣的感觉。反流多发生于饱餐后，夜间反流严重时影响患者睡眠。

胃酸具有腐蚀性、刺激性，会对食管、咽喉，甚至气管造成刺激或损伤，胃酸跑到的地方就会产生相应的症状，胃酸逆流到食管会刺激或侵蚀食管黏膜，导致胃灼热、烧心感、胸痛、反胃等症状，这种叫食管内症状。

这种病还有食管外的症状：胃酸流到了咽喉引起口酸、咽喉异物感；胃酸跑到了气管会引起刺激性咳嗽，严重的还会诱发哮喘和呼吸困难。

这些症状有一大特点就是饭后加重、平躺时加重：吃完饭时胃内东西多、压力大，容易冲开胃食管之间的“阀门”形成反流。平躺时症状加重也是这个原理，由于“阀门”问题抗重力作用变弱，一躺胃酸就容易倒流出来。

► 哮喘、咳嗽也可能是胃食管反流病

汪忠镐是我国著名血管外科专家、中国科学院院士，也是国际医学界享有盛誉的血管外科专家。汪教授曾经就被胃食管反流病反复困扰，他用亲身经历呼吁大家开始重视胃食管反流病。

2004年10月，汪教授曾出现反复咳嗽、咳痰和呼吸困难等症状，被呼吸科的医生诊断为“支气管哮喘”，进行了常规治疗，症状得以缓解。此后的两个多月时间里咳嗽、呼吸不畅的症状反复出现，反复入院治疗，入院间隔时间越来越短，症状也越来越严重，剧烈的咳嗽使他无法平卧休息，最严重的一次居然造成窒息，当时医生已经给他开出了“病危通知书”。

直到2005年5月底，汪教授前往美国参加国际血管联盟会议。会议期间，一位教授在得知其以支气管哮喘多次治疗而无效时，就对汪教授说：

“您患的会不会是胃食管反流病？在西方国家，中老年患胃食管反流病的现象非常普遍，我建议您做一下检查。”汪教授回国后，马上去消化内科做了检查，24小时食管pH监测结果显示他不仅患有胃食管反流病，而且已经引发了危及生命的喉痉挛呼吸道病！

后来汪教授了解到，美国等西方国家人群中约7%~15%的人有胃食管反流症状，而我国的调查结果显示，胃食管反流症状的发生率为8.97%，发病率为5.77%。但是，这并非说明我国的发病情况好于西方国家，其实是我国众多胃食管反流病患者被漏诊和误诊，所以导致统计数字比较低。6次被误诊，一朝查明病因，汪教授百感交集，如何救治国内那些和自己一样遭受胃食管反流病折磨的患者，是他心中一直惦记的事。汪教授是血管外科的专家，而胃食管反流病是消化内科的一种疾病，他“转行”的目的，就是要增加一个临床研究的领域，用自己的切身经历，结合消化内科专家的意见，使患者得到更好的治疗。

如果您餐后有顽固的烧心、反酸、胸痛、恶心、口臭、口水过多、刺激性咳嗽、声音沙哑、咳痰、支气管哮喘等表现，多次治疗无效，症状在

餐后或平躺时明显，需考虑是否是胃食管反流病引起的。这种病很常见却很少能及时发现，如果符合以上描述别忘了到消化科就诊来判断病情。

► 如何诊断胃食管反流病

胃食管反流病一般根据典型的反酸、烧心、饭后加重等症状即可初步判断，使用抑酸药（奥美拉唑、埃索美拉唑等）治疗有效也基本可以初步诊断。个别难以判断的疑难杂症需要通过24小时食管pH检查来诊断。

胃镜可以检查是否有胃食管反流病、巴雷特食管等，判断反流对食管黏膜的损伤程度。很多医生建议那些症状持续数年的患者行胃镜检查，因为这类患者发生巴雷特食管的危险性高。对于治疗无效的患者，亦应行内镜检查，可能发现治疗无效的原因并能判断是否有食管炎、食管狭窄、巴雷特食管或其他恶性肿瘤。

► 如何治疗胃食管反流病

一般的胃食管反流是动力性原因，可以通过药物和生活习惯来治疗或缓解，如果是食管裂孔疝这种器质性原因需要手术治疗才能根治。药物治疗对缓解症状颇为有效，但停药后的复发率很高，需配合生活习惯的调整，部分反流症状顽固者需要手术干预。

治疗胃食管反流病需要从其发病原因入手：减少胃酸分泌和避免反流。减少胃酸分泌主要是使用药物；通过药物、饮食、生活习惯等办法可以有效避免胃酸跑到食管去，比如避免饭后平躺。

» 药物治疗

药物主要通过抑制胃酸分泌促进胃肠蠕动来起效。治疗胃食管反流病的药物种类多，最好去医院明确诊断后再服药治疗。一般医院会开一些抑酸药如奥美拉唑、埃索美拉唑等来抑制胃酸分泌；促进胃肠蠕动的药物一般是多潘立酮片、莫沙必利等药物。特别需要提醒的是，毕竟自己无法判断疾病，所以有以上症状怀疑自己是这种病的朋友还是要到医院检查，明

确后再针对病因和症状进行相应治疗，以免耽误病情。

» 生活习惯调整

除了去医院进行正规治疗，更重要的是应在生活习惯上做出调整，双管齐下。

1. 不要饮食过饱，饮食过饱引起胃内压力增加，可加重反流；不要餐后就坐卧，这样使胃内的食物更容易倒流出来，同样有反流困扰的朋友睡前也不要吃东西。

2. 尽量少进食巧克力、咖啡、糖果、红薯、土豆、芋头等常见的容易造成反流的食物。注意少量多餐，吃低脂饮食，可减少进食后反流症状的频率。高脂肪饮食可促进小肠黏膜释放胆囊收缩素，易导致胃肠内容物反流。

3. 忌酒戒烟。由于烟草中含尼古丁，可降低食管下段括约肌压力，使其处于松弛状态，加重反流；酒的主要成分为乙醇，不仅能刺激胃酸分泌，还能使食管下段括约肌松弛，也是引起胃食管反流的原因之一。

4. 肥胖者应该减轻体重。因为过度肥胖者腹腔压力增高，可促进胃液反流，特别是平卧位时更严重，应积极减轻体重以改善反流症状。

5. 就寝时床头整体宜抬高10~15厘米，对减轻夜间反流是个行之有效的办法。

6. 尽量减少增加腹内压的活动，如过度弯腰、穿紧身衣裤、扎紧腰带等。

7. 保持良好的精神状态，因为精神情志因素与消化道的分泌功能及运动有密切关系。在恐惧与焦虑的情况下胃酸分泌减少，而愤怒时增加，抑郁、绝望时胃酸分泌率减低，影响消化功能。

► 如何预防复发

胃食管反流病是一种慢性病，每个人的治疗效果不一样，疗程长短不

一，有的人几周见效，有的人长期服药才能控制。胃食管反流病的一个特点就是容易复发，很多人吃药后反酸、烧心症状就消失了，可是停药了以后又容易复发。要从以下几方面进行预防。

注意减肥：肥胖将导致胃、食管之间括约肌压力下降，腹腔压力随之升高，这两个因素刚好都是胃食管反流病发生的原因。另外肥胖还是多种疾病如心脑血管疾病和骨关节疾病的好发人群，因此建议肥胖的朋友有计划地进行减肥，控制体重在正常范围。

根治幽门螺杆菌：现代研究发现，幽门螺杆菌感染是诱发胃食管反流病的一个重要因素，很多有胃食管反流病的人都有幽门螺杆菌感染。他们在根治幽门螺杆菌后胃食管反流病的症状也随之消失，且不容易复发，因此容易复发胃食管反流病的朋友需要去查一下是否有幽门螺杆菌感染。

保持良好生活习惯：避免进食过饱、过多，少吃容易导致反流的食物，忌酒戒烟等。

另外有胃食管反流病的朋友需要做一次胃镜明确反流对食管黏膜的损伤程度，如果发现有巴雷特食管或者食管上皮化生等“癌前病变”危险信号，则需要定期复查，提高对食管癌的警惕性，可以有效预防食管癌的发生。

鱼刺卡到食管的正确处理

陈先生和朋友在饭店吃特色炖鱼，“咳、咳……”大家吃得正香时，陈先生被鱼刺卡住了。“赶紧吃一大口馒头咽下去。”“还是吃醋管用。”大家七嘴八舌地支起招来，最后陈先生吃了馒头，也喝了醋，所有的办法都用了，但鱼刺还是没有弄出来，也被折磨得够呛，还是去医院才将鱼刺取了出来。

► 不应小看食管异物的危害

消化道最容易卡住异物刺的地方有：口咽部（扁桃体所在的口腔深处）、喉咽部（气管和食管的分岔路口）、食管。食管的前面紧挨着的是气管，食管后面紧挨着的是大动脉，食管内的硬骨头会穿出食道壁跑到周围组织结构中。一旦被鱼刺刺破几乎是无法抢救的，但这种情况比较少见，更多的是鱼刺刺破部分食道，在局部产生溃疡脓肿，脓肿会侵蚀血管，这时候亦是非常危险的。一般来说产生这两种严重后果的原因都是自行处理不当，未及时就医。

► “土办法”不靠谱

民间流传对付鱼刺卡住喉咙或者食管时通常都会采取什么办法？

1. 咳出来。
2. 吃大口的米饭或者青菜，把鱼刺咽下去。
3. 喝水，然后在后背猛一拍，能把小的鱼刺引出来。
4. 慢慢地喝一口醋，让醋在鱼刺所在位置停留一下，把鱼刺软化。

简单想一想就会发现这些办法其实不靠谱，大口吞饭、咳嗽、猛拍都是企图用物理的方法把鱼刺弄出来。可是这样真能出来吗？就不怕刺得更深？用醋等化学的方法软化鱼刺，拿一根鱼刺在醋里泡上几分钟试试看什

么效果吧!

不适当的方法将导致鱼刺卡得更紧或更深,导致发炎、感染,处理起来更加麻烦,甚至刺破食管。来看一个错误方法造成严重后果的案例:张阿姨在吃晚饭时,误食了一根鱼刺。张阿姨按民间偏方,吞了一大口米饭,希望把鱼刺咽下去。但鱼刺不仅没下去,张阿姨反而出现了严重的胸痛,就赶紧到医院就诊。CT检查发现张阿姨喉咙里鱼刺穿透食管、尖端直抵心脏,简直是命悬一刺,最终通过开胸手术才将这根鱼刺取出。其实不难得出结论:不吞饭还好,一吞使得鱼刺卡得更深更紧了。

催吐可能加重食道损伤,一旦用力过猛,肌肉收缩,也可能导致异物卡得更紧,损伤会加重,还可能增加取出来的难度,所以这种方法也不可取。

如果鱼刺侥幸顺利被压入胃内,是不是就安全了?一般来说,鱼刺入胃会被胃酸消融,但也有极个别的“刺坚强”,胃酸消化不尽,到了胃肠道依然作怪。查询医学文献及媒体新闻就能发现,鱼刺窜入肝脏、胰腺甚至卡在肛门处引发脓肿的情况并不罕见。

喝醋法并不能软化鱼刺,当鱼刺扎在喉咙时,喝进去的醋只是从卡住的地方滑过,醋和鱼刺的接触时间仅为几秒钟,量也是微乎其微,根本起不到浸泡的作用。所以说,喝醋能软化扎在喉咙处的鱼刺说法不可取(有人试验过拿一根中等大小的鱼刺放在醋里,要泡上15~30分钟才能软化鱼刺)。

► 那么鱼刺卡住了,该如何正确处理呢

在口腔处能看到的地方可以自己小心地拔出来;如果看不见鱼刺卡住的位置,说明鱼刺已经进入喉部,而且无法判断扎入的深浅程度,请到医院求助医生,医院有专业的工具和人员进行处理。请勿擅自尝试吞饭、咳嗽、催吐等方法,避免卡得更紧。大型正规医院的耳鼻喉科医生会进行详细检查,用专业的工具取出,如果卡得深还可以麻醉下用胃镜取出。同理如果是鸡骨头、鸭骨头等卡住时,处理的方法和原理也是一样的。

除了告诉大家正确的处理方式外,还要提醒大家吃东西时要细嚼慢咽,不要讲话,仔细小心。

第五章 肠道常见病

阑尾炎

小钱在20岁那年，因为突然发生上腹部绞痛半天，伴有剧烈呕吐，住进了医院急诊观察室。虽经解痉、止痛、输液，但腹痛始终未减轻，且在发病8小时后上腹部疼痛消失而转向了右下腹部，体温上升到38.5℃，化验显示血白细胞增高。在医生建议下他接受了手术治疗，术后诊断为单纯性急性阑尾炎。

► 阑尾炎是怎么回事

正常人群中急性阑尾炎的发病率为10%左右。可发生于任何年龄，以20~30岁最多见。急性阑尾炎是腹部外科最为常见的疾病之一，大多数患者能及时就医，获得良好的治疗效果。但是，有时诊断相当困难，处理不当时可发生一些严重的并发症。到目前为止，急性阑尾炎仍有0.1%~0.5%的死亡率，因此如何提高疗效、减少误诊，仍然值得重视。

阑尾最常见的疾病是由细菌感染引起的急性阑尾炎，少数情况下，阑尾还可以由结核菌、寄生虫等感染引起病变，或发生良性和恶性肿瘤。手术仍是阑尾炎治疗的最佳选择。

► 阑尾炎到底有些什么症状

腹痛：几乎所有阑尾炎患者都会有腹痛的症状。阑尾炎腹痛有一个特点——转移性右下腹痛。阑尾炎刚发作时腹痛集中在肚脐周围，难说出一个很确切的腹痛部位。阑尾炎最初发作时患者往往容易误以为是胃病，几

个小时之后疼痛会转移到右下腹，变为比较固定的压痛。如果在家中腹痛患者出现上述症状时，多半说明是急性阑尾炎在作祟，应及时送往医院。阑尾炎发作6~8小时之后可能出现化脓。

胃肠道反应：恶心、呕吐、食欲不振最为常见，可伴有腹泻。

全身反应：急性阑尾炎初期，患者自觉全身疲乏，四肢无力，或头痛、头晕。对一般人来说，发热程度可以反映阑尾炎的严重程度，单纯性阑尾炎的体温多在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ ，化脓性和穿孔性阑尾炎时体温可达 39°C 左右甚至 40°C 以上。

► 阑尾炎诊断有时候也不容易

尽管阑尾炎的治疗并不复杂，而且预后很好，但其诊断却一直都是难题。即便有B超、CT等高级检查设备，仍然有一部分阑尾炎诊断不清，正所谓“小小阑尾，教授皱眉”。外科医生有一句可以反映阑尾炎很难诊断的话：“做阑尾手术头大的不是找不到阑尾，而是找到了阑尾却发现它没有发炎。”

需要与急性阑尾炎鉴别的疾病多达50多种！下面列举最常见的一些情况。

1. 妇科疾病：包括右侧输卵管妊娠（宫外孕）、右侧卵巢囊肿蒂扭转、卵巢滤泡破裂和急性附件炎等。这些妇科疾病均可以出现右下腹疼痛，出现类似急性阑尾炎的临床症状特点。

2. 胃、十二指肠溃疡的急性穿孔：发生穿孔后，部分胃内容物沿右结肠旁沟流入右髂窝，引起右下腹急性炎症，可误诊为急性阑尾炎。

3. 急性胆囊炎、胆石症：急性胆囊炎有时和高位阑尾炎症状类似。

4. 右侧输尿管结石：输尿管结石向下移动时可引起右下腹部痛，有时可与阑尾炎混淆。

对于患者来说，一旦出现怀疑是阑尾炎的腹痛，一定要及时就医，拖延只会延误病情，增加诊断和治疗的困难；另外在医生询问病史的时候一定要如实回答，特别是年轻女性，对月经史、性生活史等千万不能隐瞒，

以免误导医生。

► 三种特殊类型阑尾炎需要重视

阑尾炎很常见，但它绝对不是小病。如果是单纯性阑尾炎，手术容易、效果也好。一旦阑尾穿孔，腹腔都是脓汁了，术后极易发生肠粘连、腹腔脓肿、肠痿等并发症，后期处理比较困难。尤其是小儿、孕妇、老人这三种特殊类型的阑尾炎，更要重视。

» 小儿阑尾炎极易穿孔

小儿患阑尾炎时，孩子常常表达不清，常易被忽视。因此，对于小孩突然出现腹痛或不能解释的哭吵、呕吐、腹泻等情况，家长应多留一个心眼，警惕会不会是急性阑尾炎，早一点带小孩去就诊。

小儿阑尾炎的发生常常与受凉、上呼吸道感染、扁桃腺炎、腹泻、胃肠道功能紊乱以及不恰当的驱虫治疗等有关。家长应该特别注意，凡遇上述诱因，小孩出现腹痛，尤其疼痛持续3小时以上不缓解甚至逐渐加重，还伴有呕吐、发热等症状时，就要高度警惕患阑尾炎的可能，应该及时到有条件的医院就诊，最好是找小儿外科医生诊断。

» 老年人阑尾炎不容易辨认，容易恶化

老年人由于反应性差，阑尾梗阻和发炎后，常无转移性右下腹痛的规律。当老年人患有急性阑尾炎时，阑尾腔极易穿孔，穿孔后又极易发展成弥漫性腹膜炎而危及生命。因此，对老年人任何轻微的腹痛、其他腹部症状和畏寒、发热等表现，都应仔细检查和观察，不要忽视有急性阑尾炎的可能。

» 孕期阑尾炎

怀孕的妇女得阑尾炎时也不容易判断，且容易穿孔，很容易发展成腹膜炎，还会导致流产和早产。因此，对妊娠妇女的腹痛和消化道症状，同样不能掉以轻心。

► 阑尾炎的治疗

阑尾炎应根据具体情况选择非手术治疗或手术治疗。

» 非手术治疗

非手术疗法主要适用于部分急性单纯性阑尾炎、阑尾脓肿以及有手术禁忌证者。如果阑尾炎局限，没有穿孔、并发症可以选择非手术治疗，一般来说就是用抗生素。

非手术治疗的患者在病症消失后仍应用药1周，以巩固疗效，减少复发。急性阑尾炎经非手术治疗或治愈后，遗留阑尾壁纤维组织增生和增厚，管腔狭窄及周围粘连，这称为慢性阑尾炎，易导致再次急性发作。发作次数越多，慢性炎症的损害也越严重，最好择期行手术治疗。腹腔镜下阑尾切除的微创手术恢复快，手术后第二天即可出院。

» 手术治疗

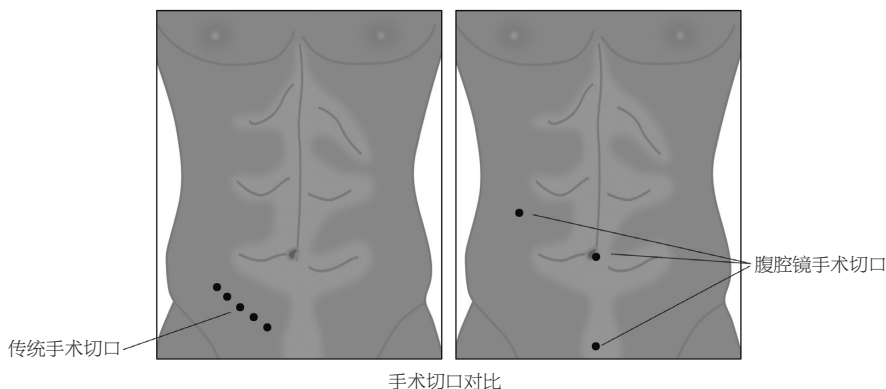
急性阑尾炎一旦诊断明确就应该选择手术治疗，因为现在阑尾手术创伤已经很小，而且能达到一次根治的效果。首次发作处理效果好，反复发作再手术则更难处理。

腹腔镜下阑尾切除

目前越来越多医院都能进行腹腔镜阑尾炎手术，腹腔镜阑尾切除的优势，并不单纯体现在切口上，在诊断、复杂阑尾的处理和术后恢复上都有很大优势。

传统手术一般用硬膜外麻醉，在右下腹阑尾上方切一个大约3厘米的切口进入腹腔，直接将阑尾提出来切除。由于切口所限靠肉眼很难对腹腔内的情况准确把握，且难处理非典型情况，一旦遇到复杂性的阑尾就常常很被动，要知道隔着肚皮你很难想象里面到底什么情况。

腹腔镜阑尾手术一般使用全麻，要在肚皮上打一大两小的三个小孔：大的孔大约1厘米，在肚脐眼下，用于放入摄像头和取出阑尾；小的孔大约5毫米，另一个约2毫米，供专用的器械在腹腔内完成阑尾切除。腹腔镜有一套高清的摄像系统，可以对腹腔内的各个角落进行观察、诊断，对于位置变异的阑尾切除也不受限制。下面左图是传统手术切口，右图是腹腔镜手术的小切口。



腹腔镜阑尾切除的优势

切口美观：腹腔镜手术最为人熟知的特点就是微创，切口小、美观；而且切口的疤痕轻微，部位隐蔽，甚至看不出腹壁上有疤痕。

减少术后疼痛：开腹阑尾切除术后的疼痛很大部分源于切口。因为表皮部位是用手术刀切开的，深层的腹壁肌肉组织被钝性拉开。钝性的创伤要远大于锐性，所以术后很痛。腹腔镜手术是穿刺孔，患者术后少有主诉疼痛。

减少切口感染：开腹阑尾切除术后的切口感染或液化是最常见的术后并发症。因为开腹切除阑尾需要把阑尾经切口提出腹腔进行切除，肥胖或有糖尿病的患者更容易发生感染。而腹腔镜手术阑尾不接触切口，鲜有切口感染的报道。

冲洗彻底：开腹手术受切口所限，不能进行腹腔冲洗，然而腹腔镜手术时，可以进行充分地冲洗，完全不用担心因视野问题造成的冲洗液残留。

术后恢复快：传统手术一般需要术后一周左右拆线，而腹腔镜手术无须拆线，常规术后1、2天即可出院。

► 阑尾炎患者的注意事项

1. 止痛药勿乱用。在腹痛没有明确诊断之前，不要随便服用止痛药，止痛后会掩盖症状，容易延误病情。
2. 急性阑尾炎最好还是进行手术治疗。就目前的医疗水平及技术条件而言，急性阑尾炎手术治疗效果较好，即使保守治疗痊愈后也容易再次发作。所以急性阑尾炎在条件允许的情况下，最好还是进行手术治疗。

► 预防

目前关于阑尾炎还没有很明确的预防措施，可能的预防办法如下。

1. 饮食要规律。平时就要养成良好的饮食习惯，注意调节饮食，少吃多餐。切忌暴饮暴食，还有饭后不要马上进行剧烈活动。
2. 细嚼慢咽。吃饭要细嚼慢咽，这样也能减少进入盲肠的食物残渣。同时不要选择那些生硬难消化的食物，以免加重肠道负担。
3. 经常锻炼增强体质。急性阑尾炎有一部分原因是由于体内细菌的不断堆积造成的，以至于逐步破坏体质。大家平时应尽可能多参加一些体育锻炼，增强体质和免疫力，提高胃肠道功能。
4. 防止便秘和腹泻。一旦出现便秘、腹泻现象，要予以重视，尽可能找出病因，及时调理和治疗，保持大便通畅。
5. 去除肠道寄生虫。肠道寄生虫如蛔虫、蛲虫等会进入阑尾腔，阻塞腔道，诱发感染而引起阑尾炎。所以发现有寄生虫要及时去除。

肠梗阻

肠梗阻就是肠道里的东西无法顺畅往下走，导致肠道阻塞，肠道胀大、肠管扩张。如果把肠道比作道路，肠内容物比作车辆，那么肠梗阻就像发生了堵车一样。如果一个地方出了车祸把路堵了，后面的车不断地来就造成了交通大堵塞，引发混乱。如果交警将前方的事故进行处理，同时将后方的车辆拦住，交通慢慢就会重新恢复通畅了。

机械性肠梗阻往往指肠道被一些“见得到的东西”挡住了去路，使得肠道内的食物和消化液不能顺利往下走，例如疝气或肿瘤。

还有一种肠梗阻叫麻痹性肠梗阻，它是因肠道功能异常引起的。由于炎症麻痹了肠道，它的症状可与机械性肠梗阻类似，但是并没有什么东西真的阻塞了肠道。虽然肠道没有被阻塞，但是肠道无法发挥正常的蠕动功能，即肠道的蠕动明显减弱甚至消失。这样，就无法让食物和液体在肠道中通过或排出。引起麻痹性肠梗阻最常见的原因是腹部手术。在腹部手术刚刚结束后，肠道一般都无法正常运动。这个时候，人体往往需要依赖鼻胃管或静脉输液来获取营养，直到肠道恢复功能为止。

► 什么原因导致了肠梗阻

有许多原因可导致肠梗阻，而小肠和结肠梗阻的病因一般不同。小肠通常由于术后粘连、疝气、小肠肿瘤引起，肠粘连常在腹腔炎症或腹部手术后发生，可以将部分肠子粘在一起，使食物、液体无法通过。结肠梗阻最常见的原因是结肠癌，尤其是左半结肠的肿瘤。小儿肠梗阻最常见的原因是肠套叠（后面有详细介绍）。

► 肠梗阻的表现

各种类型肠梗阻虽有不同的病因，但有一共同的特点即肠管的通畅性受阻，肠内容物不能正常地通过，因此会出现程度不同的腹痛、呕吐、腹胀和停止排便、排气等症状。通俗地讲就是：痛、吐、胀、闭。

腹痛：腹痛是机械性肠梗阻最先出现的症状，是由于梗阻以上肠管内内容物不能向下运行，肠管强烈蠕动所致。

腹胀：腹胀发生在腹痛之后，高位小肠梗阻常表现为上腹尤其是上腹中部饱胀，低位小肠梗阻腹胀则更为明显。如果梗阻发生在结肠时，则呈全腹性广泛的胀气。

呕吐：呕吐是机械性肠梗阻的主要症状之一，高位小肠梗阻的呕吐出现较早，在梗阻后短期即发生，呕吐较频繁。早期表现为反射性，呕吐物为食物或胃液，其后呕吐物为胃液、十二指肠液和胆汁。

排便、排气停止：完全性肠梗阻可以好几天既没有大便也不排气，这是肠梗阻的一个主要症状。

► 危害

高位小肠梗阻易发生水、电解质与酸碱失衡。低位小肠梗阻容易出现肠腔膨胀、感染及中毒。绞窄性肠梗阻易引起休克。结肠梗阻或闭袢型肠梗阻则易出现肠穿孔、腹膜炎。如治疗不及时或处理不当，不论何种类型肠梗阻都可出现各种威胁生命的病理、生理改变。

► 处理

急性肠梗阻的治疗包括非手术治疗和手术治疗，治疗方法的选择应根据梗阻的原因、性质、部位以及全身情况和病情严重程度而定。不论采用何种治疗均应首先纠正梗阻带来的水、电解质与酸碱紊乱，改善全身情况。

一般治疗措施包括以下几方面。

1. 禁食。肠梗阻发生后显然不宜再进食。
2. 胃肠减压。通过鼻胃管将肠道内积聚的液体和气体抽吸出来，以缓解肠腔内压力高的恶性循环。
3. 解除梗阻。部分肠梗阻经过保守治疗无好转就需要手术解除梗阻，比如解除粘连、切除扭转坏死肠管。若由肿瘤引起的肠梗阻更需要手术切除。

4. 营养支持。一旦肠梗阻，不得不禁食，静脉营养支持（肠外营养）对于肠梗阻的治疗是很重要的一方面，以提供人体每日必需的水分、电解质和各种营养。

► 肠外营养

胃肠道主要的功能是消化和吸收，但胃肠道自身病了罢工了，岂不是就无法给机体提供营养了？人体有一套应急措施——短期内机体会先消耗肝糖原，然后再消耗自身存储的蛋白质和脂肪。如果情况再糟糕一些还是无法进食该怎么办呢？

随着科学技术的发展，“人工肺、人工肾”已经担负起了受损器官的部分功能，虽然还没有“人工胃、人工肠”的概念，但基于对消化系统功能的了解，现代医学创造出了肠外营养。

肠外营养代替了胃肠道消化和吸收的功能，直接往血液中补充脂肪酸、氨基酸、葡萄糖等营养物质，使用肠外营养的人在理论上可以不吃不喝地活着。

当围术期禁食、短肠综合征、幽门梗阻、消化道肿瘤等导致消化系统无法正常地摄入食物或者无法将食物消化吸收成营养物质，此时就需要人为补充营养物质来代替消化系统功能。



补充阅读

我国首位人工静脉营养生存者周绮思曾经因小肠扭转 360 度，全部小肠和部分结肠呈紫黑色坏死，不得已只能全部切除，由此成了一位“无肠女”。医生们将周绮思的十二指肠与大肠接通，并在其胸部置导管连接静脉，营养液从这里源源不断流进体内维持生命。就这样周绮思靠肠外营养生活，并成功生育了一个孩子，是全球首例靠人工静脉营养生存孕育孩子的人，也创造了一项世界纪录。这个案例告诉我们肠外营养技术已经较成熟，暂时性地替代胃肠道吸收功能已经不成问题。

► 预防与注意事项

大部分人没有必要去预防肠梗阻，因为一般不会发生，而一旦出现了肠梗阻就需要找出原因，并且处理。

医院的急诊经常会遇到肠梗阻的患者，而且还经常会遇到熟悉面孔，这是因为这部分肠梗阻患者一般都是肚子开刀发生粘连的患者。每个肚子做过手术的患者都会出现肠粘连，但每个人严重程度不一样，大多数肠粘连没有危害，但有一小部分人会因为肠粘连的角度不好导致肠道扭曲。他们在大吃大喝的时候容易因为肠道内一次进入太多食物而发生肠梗阻。因此他们平时饮食应该注意少量多餐，避免暴饮暴食，避免吃含渣特别多的食物，预防肠梗阻的发生。

► 小儿肠套叠

小儿肠套叠是一种特殊类型的肠梗阻，一般仅发生在婴幼儿。肠套叠是指一段肠管套入与其相连的肠腔内，并导致肠内容物通过障碍。临床上常见的是急性肠套叠，发生的年龄大多在5个月至1岁半，80%的病例都在1岁以内，尤以5个月至9个月大最常发生，男婴比女婴多。为什么肠套叠几乎都发生在2岁以下婴幼儿呢？主要是因为婴幼儿发育还不完善。

90%的肠套叠找不到明显的发病原因，为特发性。有观察显示腹泻、便秘、服用药物、上呼吸道感染、肠胃过敏、结肠蠕动增加皆可能与之有关。春末夏初发病率最高，可能与上呼吸道感染及病毒感染有关。

75%的小儿肠套叠病例发生于回盲瓣附近，其次为小肠。单纯肠套叠发生时，凹入的肠段会使血管受压，使静脉血和淋巴液发生淤积，致使肠壁肿胀，甚至肠黏膜破裂，造成出血。如果套叠时间久则肠水肿更厉害，会将套叠夹得更紧，此时肠壁动脉也会阻塞，演变成肠坏死、破裂，造成腹膜炎。

» 全身情况

发病早期病儿全身情况尚好，体温正常，仅有面色苍白、精神不佳、食欲不振或拒食。随着发病时间的延长，情况逐渐严重，表现为精神萎靡、嗜睡、脱水、发热、腹胀，甚至休克或腹膜炎征象。

» 腹部肿块

腹部肿块是具有重要诊断意义的体征，肿块的部位依套入点和套入程度而定，一般多在升结肠、横结肠和降结肠位置。在病程早期，肿块多位于右上腹部，呈腊肠样，光滑而不太硬，略带弹性，可稍活动、有压痛。以后随套叠的进展，肿块可沿结肠移至左腹部，严重时套入直肠内，直肠指检可触及子宫颈样肿物。

» 小儿肠套叠典型表现

腹痛

腹痛为肠套叠早期出现的症状，其特点是平素健康的婴儿，无任何诱因而突然发生剧烈的、有规律的阵发性腹痛（哭闹）。患儿表现为阵发性哭闹不安、屈腿、面色苍白。每次发作约10~20分钟，以后安静入睡，或玩耍如常，约数十分钟后又突然发作，其症状如前。如此反复多次，患儿精神渐差、疲乏不堪、面色苍白。这种有规律的阵发性腹痛（哭闹）是因为肠蠕动是一阵一阵的，较强的肠蠕动波把套入的肠管向前推进，牵拉肠系膜，同时套叠鞘部发生强烈收缩。个别较小的病儿无剧烈哭闹，仅表现为阵阵不安和面色苍白，随后进入休克状态，要特别警惕。

呕吐

起病不久即出现反射性呕吐。这是由于肠系膜被牵拉所致，呕吐物为奶块或食物，以后可有胆汁甚至粪便样物，是肠套叠严重的表现。

血便（果酱样便）

多于病后6~12小时出现，是本病特征之一，常为暗红色果酱样便，亦可为新鲜血便或血水，一般无臭味。当疑为本病而尚无便血时可做直肠指检，如指检染血则有同样诊断意义。出现血便原因是套入部肠壁血循环障

碍，致使黏膜渗血与肠黏液混合在一起的结果。

» 小儿肠套叠的处理

在大医院，一旦怀疑是肠套叠，儿科医生会请放射科医生帮宝宝做钡剂灌肠检查，一方面用作诊断，另一方面也可治疗。近年来腹部超声波检查技术不断进步，已成为诊断肠套叠快速而准确的工具，并在超声波的直视下以温生理盐水灌肠，也能够使部分的肠套叠复原。灌肠治疗肠套叠的成功率在70%~90%。

如果因肠套叠时间太长怀疑坏死，或者无法复位者，就只能选择手术：将套叠的肠段由远端往近端像挤牛奶一样的挤回去，将套叠的大、小肠复原，如卡得太久、太紧挤不动或肠已坏死则只好做肠段切除。

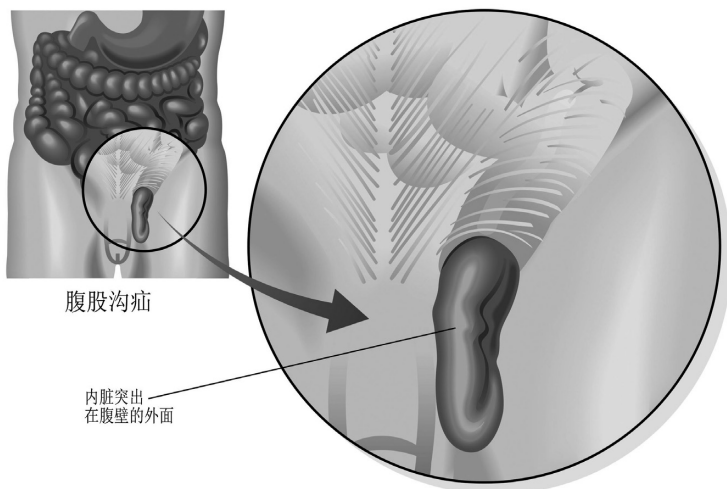
患儿往往都无法自述清楚症状。因此，家长要学会分辨，倘若发现孩子出现肠套叠典型表现时，应高度警惕，以免贻误病情。肠套叠是忽视不得的疾病，它时间性要求高，若肠套叠无法复位将会造成肠坏死。

提醒年轻的父母：如果发现2岁以下婴幼儿突然出现精神变差、阵发性哭闹（与精神萎靡交替）、果酱色或暗红色大便、呕吐等症状时应尽快急诊就医。

腹股沟疝气

张大爷最近有了烦恼，他右侧的腹股沟处出来一个半个拳头大小的“鼓包”，躺平了包包就不见了，站起来包包就鼓出来了。而这“伸缩自如”的鼓包，对张大爷最大的影响是疼。大约一年前，张大爷就感觉右侧腹股沟处隐隐作痛，用力时会鼓出个鹌鹑蛋大小的包，可他对此并未在意。没想到，过了一年鹌鹑蛋就变成了鸡蛋！担心会不会是肿瘤，张大爷才到医院就诊，发现这是疝气。

► 什么是疝气



疝气的症状最主要体现在腹股沟区，由于腹压增高造成肠或是大网膜等腹腔脏器在腹壁薄处凸出，成一块肿物，平卧可能会回纳，这些症状容易反复出现。

疝气的好发人群为小孩和老年人，小孩的疝气有一定自愈机会，老年疝气是一种老年人的退行性病变，随着年龄的增长发病率会越来越高，而且一般不会自愈。在临床，约有70%的患者都是老年患者，而且几乎都是“老头”，很少有“老太太”。

老年男性易发疝气，原因一是先天性结构有缺陷，腹股沟在小时候就有特别薄弱的地方，二是进入老年后胶原代谢不佳，导致腹壁像衣服一样破了一个洞，会越拉越大，最终小肠、大网膜等腹腔内的器官通过这个洞跑到腹股沟或阴囊里去了。

► 疝气的危害

一般来说得了疝气会感觉很不舒适，腹壁上的缺口比较小时容易出现疼痛和卡顿。疝气比较大时则较少有疼痛，但可影响患者消化系统，进而出现下腹坠胀、腹部胀气、疲劳等症状。同时，成人疝气无法自愈，因此得了疝气要尽早手术治疗，随着时间的推移疝块会越来越大，症状也会越来越明显，还可能会发生嵌顿导致肠梗阻或者肠坏死。由于认知不足、对此病不在意或惧怕手术等原因，不少人错过了最佳治疗时间，而导致疾病不断加重，甚至引起肠坏死而导致猝死。

一般疝气的鼓包有多大呢？包块早期比较小，最早可能有核桃大小，以后逐渐会变成鸡蛋大小，再大的会变成苹果大小。如果不去治疗会变得非常大，似排球这么大的也都有。

► 疝气应如何确诊

确诊的依据一个是病史，一个是医生的检查。有的疝特别小，特别是儿童时期，但是在跳跃和活动的时候，就会在腹股沟处显现出来一个包块。成年后，随着腹膜及腹部肌肉的增强，包块会消失，这称为隐形疝，常见于女性。而对于老年男性来说，鼓包一旦出现，基本就可确诊了。

► 疝气如何治疗

主要有保守治疗、手术治疗两种形式，手术是治疗成人腹股沟疝的唯一可靠方法，且术后较少复发，1~2岁儿童则可以考虑保守治疗。

» 保守治疗

保守治疗包括疝带、疝托、药物等，这些方法可以缓解症状或延缓疾病的发展，但不能治愈。一些不当的保守疗法还会加重病情。保守治疗能缓解疝气带来的不适，减轻疼痛，预防疝嵌顿、肠梗阻等急危并发症的发生。不足之处是无法控制疝气脱出，更无法根治疝气。此法仅适用于2岁以下的婴儿、年老体弱或伴有严重疾病者，常用特制疝带压住疝环缓解症状。

» 手术：唯一的根治方法

大多数患者（只要可以正常活动）都应考虑手术根治疝气，将腹壁上破的洞补住，防止疝气卡住或者越来越大。

手术治疗方式有疝修补术、疝补片修补术、疝腹腔镜修补术三类。通过剥离部分腹外斜肌用以修补疝环口的称为疝修补术，无须补片，但术后容易出现紧绷等不适感。用一种补片材料代替剥离部分腹外斜肌修补疝环口的称为疝补片修补术，术后较少发生紧绷等不适，是目前最常用的手术方式。疝腹腔镜修补术是通过腹腔镜的方法进行修补，一般来说，双侧疝气时推荐腹腔镜修补。单侧疝气并不推荐，这有点小题大做，道理很简单：墙上破了一个洞在房间外面补就好，不必进入房间内（腹腔）操作。

► 预防

主要从疝气形成的原因入手，由于年龄增大腹肌薄弱这一自然规律很难改变，因此预防疝气主要还是应从降低腹腔压力做起。老年男性中有很多前列腺增生的患者，因为排尿困难腹部常用力而加剧了疝气，因此要解决腹腔压力增大的问题。

肠易激综合征：胃肠道情绪病

小何近几个月来总是腹痛、腹泻，上班上到一半肚子一阵绞痛，就要急着跑厕所，拉完之后就好多了。但这样影响工作，他就自己找来了诺氟沙星、黄连素等药吃，但是吃了药也不管用，总是好一阵坏一阵。长期的腹痛、腹泻把小何折磨得不行，到医院化验了大便，并进行了肠镜检查，但均未发现异常。医生在了解小何的病史并看了他的检查资料后，诊断小何为肠易激综合征。

相信很多人都有过这样的经历：肚子一阵痉挛、腹痛后腹泻、腹泻一两次好了便不疼也不泻。之所以被划归于“病”，在于其总是反复发作。

► 症状

根据临床表现，肠易激综合征可以分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型，也可以理解为肠道功能紊乱。肠易激综合征容易反复发作，精神因素如焦虑、抑郁、紧张等是诱发肠易激综合征的最常见原因，甚至饮食不当、寒冷、感染等也可诱使其发作。

腹泻型肠易激综合征的腹痛、腹泻主要是因为肠道蠕动过快、剧烈甚至发生痉挛，一旦肠道蠕动过快就来不及将粪便里的水分吸收完全，导致腹泻。便秘型肠易激综合征则因为肠道功能紊乱，动力变差而导致便秘，常伴有腹胀，与情绪相关，多见于年轻女性，是功能性便秘最常见的原因之一。交替型肠易激综合征则表现为腹泻持续一段时间后又出现便秘的症状，腹泻与便秘交替出现。

肠易激综合征好发于压力大、频率高、加班多的行业如IT、公关、广告等。小何便是因年底前工作压力大，加重了肠易激综合征，而这反复的腹痛、腹泻也会影响工作，还给小何带来了不少精神压力。因此合理

用药、正确认识、调整心态是切断这个压力——症状——压力恶性循环链的有效手段。需要强调的是心理因素的影响对这种病的发作影响很大，很多时候在没有精神压力的时候它不发作，一旦精神压力大、加班多、情绪起伏就开始发作，与情绪病有一定的交集。

其实确切说它不是病，因为各项检查发现不了什么实质性的器官病损，但它确实又折磨人，这就是肠易激综合征的特点，有点类似于功能性疾病。试想一下，腹痛、腹泻的经历发生一两次人们也不会受到太多的折磨，但一个月内反复发生确实很折磨人。

► 如何诊断

肠易激综合征常常表现为腹痛、腹胀、腹泻、便秘等，症状持续或间歇发作，并且需要化验大便、检查肠镜、腹部CT等排除肠道器质性病变。

肠易激综合征诊断标准以症状学为依据，诊断建立在排除器质性疾病的基础上，推荐采用目前国际公认的IBS罗马III诊断标准。

反复发作的腹痛或不适（不适意味着感觉不舒服而非疼痛），最近3个月内每个月至少有3天出现症状，合并以下2条或多条。

1. 排便后症状缓解。
2. 发作时伴有排便频率改变。
3. 发作时伴有大便性状（外观）改变。

诊断前症状出现至少6个月，近3个月符合以上标准。

► 自我评价

下面这些描述情况相符的越多，患肠易激综合征的可能性就越大。

1. 排便习惯不固定，时而腹泻时而便秘。
2. 肚子疼，肚子咕噜咕噜乱叫，上过厕所后就不疼了，大便多在餐后或是冰冷的食物刺激以后。

3. 工作和学业忙碌、精神压力大时症状明显。
4. 性格比较完美主义，容易紧张。

► 治疗

肠易激综合征的患者，平时要注意调整饮食，减少产气食物如奶制品、豆制品等的摄入，少吃高脂食物，多吃含高纤维素的蔬菜、水果等，还要注意精神调节，进行心理治疗。但症状严重、发作时间持续较长、严重影响生活的需要治疗，可以求助医生开一些口服药物来缓解症状。

► 发作期间如何应对

» 调整饮食

一般而言，应注意避免敏感食物如牛奶、冰凉食物、辛辣食物等，因人而异；减少摄入产气食物如奶制品、大豆、地瓜等，腹胀时最好少吃或不吃；乳糖不耐受者应少喝牛奶或食用乳制品，山梨醇、甘露醇、果糖等也会使肠道功能紊乱；餐后腹痛的人可尝试低脂肪、高蛋白质饮食。增加膳食纤维对很多肠易激综合征患者有利，尤其是便秘型患者，可给予刺激性小的食物；但纤维过量也会导致腹胀和腹泻，所以要适量。

» 心态调节

肠易激综合征有时也可以说是一种“文明病”，压力越大的人，越容易犯病。其实有肠易激综合征症状的人并不少，一般人有几天或者几次的腹痛、腹泻都属于正常现象，不要因此给自己过大压力。要学会驾驭和调控好自己的情绪，教大家一招——转移注意力：寄情于文艺书画，练练书法、画画花鸟等，使身心放松，心情愉快。

» 药物治疗

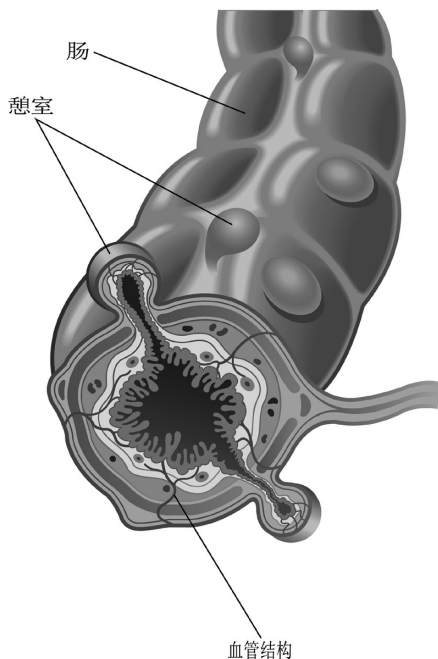
在正确诊断的前提下，如果觉得肠易激综合征对生活造成了巨大的困扰，通过上述两种方法还是无法缓解，可以去医院找医生开一些药物帮助

缓解症状。常用药物有：解痉类药物（如匹维溴铵片）、胃肠动力调节药物（如曲美布汀片、莫沙必利片）以及消除腹胀类药物（如消化酶）等。另外对于肠道菌群失调的朋友还可以适当补充肠道益生菌，坚持喝带有益生菌的酸奶或益生菌制剂都可以。对于有失眠、焦虑等症状者，可适当予镇静药。

肠道憩室

老陈最近添了个毛病，爱放屁，而且净放臭屁。他老婆和朋友们都快被他熏得受不了了，可他自己倒是不以为意，还振振有词——憋屁对身体没好处嘛。直到有一天，他突然开始便秘，这让他变得有点心神不宁。对于自己的便秘，老陈认为可能是肉吃多了。他觉得过几天就好了，没想到情况却越来越严重。老陈开始经常就肚子疼，起初去趟厕所就能缓解，后来竟变得怎么都无能为力。终于有一天，他疼得在床上直打滚，不得已被送进医院，一检查是得了大肠憩室炎。

► 憩室是什么



憩室导致肠道像车胎一样鼓起了包。

憩室这个词，没学过医的人很少听说。憩室就是在消化道内壁上形成的圆形囊袋状小室，有点像自行车车胎上鼓出来的小包。消化道的任何部位如食管、胃、十二指肠、小肠、结肠都可以生长憩室，长在大肠的憩室就叫大肠憩室，大肠憩室发炎了就叫大肠憩室炎。

► 为什么平滑的肠子上会长出憩室呢

这是因为对于整根肠道来说，它各处的厚度并不是均匀的，有些地方比较薄弱，这样，当肠里的压力长期比较大时，薄弱处就会“受不了”，结果向外膨出一个小包，在肠子表面形成突起，也就是所谓的“憩室”。所以肠壁肌肉薄弱以及肠内压力持续较大是形成憩室的两大重要条件。前者通常是由于衰老导致的；而后者则跟便秘有千丝万缕的关系。

最规律的大便是一天一次，这时候的大便软硬适中，排便轻松自然。但如果便秘，再要排便可就费劲了，因为大肠把粪便中的水分吸收回去，让大便变得又干又硬，都堵在一起，不再顺着肠子往外蠕动。所以，便秘的人每次排便都要对肠子施以很大的压力，时间长了，憩室就可能被一个一个挤出来了，憩室的直径从几毫米到几厘米都有。至于为什么会放臭屁，也跟便秘有关，如果大便持续排不出来，积存在憩室里，就会堆积，不断产气，而这些气体自然是臭不可闻的。

► 大肠憩室有什么症状

大肠包括盲肠、结肠、直肠，如果大肠上同时有好几个憩室，医学上就称作大肠憩室症。不过它算不上什么值得一提的病，因为人根本感觉不到，也没有任何症状表现。绝大部分人一辈子带着几个憩室都可以健健康康的。但憩室的存在也是有潜在危险的，它有可能发展为憩室炎，还有可能导致出血。

憩室为什么会发炎呢，说起来挺让人没辙的，谁让它是一个一个小坑呢。当粪便从肠道经过的时候，一不小心就会钻到憩室里，如果刚好憩室口狭小，粪便被卡在里面出不来，就会形成干硬的小粪块，这些小粪块

不断刺激憩室内的黏膜，久而久之就引起慢性炎症了。至于出血，是因为发炎部位如果正好挨着小血管，就会引起出血；如果挨着的是某根动脉血管，就会引起非常严重的出血。

► 什么时候要治疗、怎么治疗

大肠憩室症在没有发炎的时候是根本没有感觉的，一般在做肠镜检查时被偶然发现。所以，只有等它发炎的时候，人们才能有感觉，知道自己生病了。那么这种感觉是什么样的呢？最基本的就是小腹压痛，其他的症状还有低热、便秘，有的人放屁次数变多、变臭，还有的人会开始便血。所以出现了这些症状时就需要治疗了。

憩室炎一般以内科疗法治疗即可。大部分憩室炎的发作，可以静脉注射抗生素治疗；部分较严重的病患则应禁食、插入鼻胃管及静脉注射补充液体。平时应保持排便正常，避免便秘。对于那些憩室炎反复发作而对内科疗法无效的患者，可施以手术治疗，切除病变的结肠段。若有下列并发症之一，也往往需要紧急进行手术治疗：穿孔、瘘管形成、大肠阻塞或大量出血等。

► 如何预防

在西方国家，大肠憩室是一种常见病，虽然我国病例比较少，但中老年人容易得这种疾病，一来是由于中老年人肠壁薄弱，另一方面是因为中老年人容易便秘。年龄无法改变，但便秘可以改善：养成自己主动、定时排便的好习惯。为此，首先要改变饮食结构，多吃高纤维食物（蔬菜、水果、粗粮等）。高纤维食物可以帮助肠道蠕动，降低排便时所需的压力，所以最好掌握能使自己规律、顺畅排便的纤维素量，一般来说约为每天20~35克。当然，纤维素也不用吃太多，否则可能导致胃胀气。平时多喝水、多运动是保持规律排便的重要方式。而要想真正解决便秘，还一定要学会控制压力，避免长时间情绪紧张，让自己得到充分的休息，有便意的时候千万不要憋。做一个“自然而然”的人，一切也都会顺其自然了。

溃疡性结肠炎

日本首相安倍晋三曾在其第一任期不到一年的2007年9月12日，在会见记者时以“肚子痛”为理由宣布辞去首相的职务。当时，媒体不明真相，以为“官二代”的安倍晋三是在“耍公子哥的脾气”。事后，人们才搞清楚，安倍晋三患了溃疡性结肠炎，甚至还有传闻说其溃疡性结肠炎已经恶化成了结肠癌。那么安倍晋三所得的这个溃疡性结肠炎究竟是种什么样的疾病？

► 溃疡性结肠炎是怎样一种疾病

溃疡性结肠炎是一种病因尚不十分清楚的结肠和直肠慢性非特异性炎症性疾病，病变局限于大肠黏膜及黏膜下层。病变多位于乙状结肠和直肠，也可延伸至降结肠，甚至整个结肠。这种病病程漫长，常反复发作。任何年龄都有发病，以20~30岁最多见。本病在欧美国家相当常见，患病率约40~100/10万，发病率约3~11.5/10万，在国内尚未见精确统计报告，但近年来似有增多趋势。据国内统计男女患者之比为3:1。

有关溃疡性结肠炎的病因及发病机制至今尚不明了。虽有感染、遗传、精神因素及过敏等发病学说，但都不能清楚解释本病。

► 溃疡性结肠炎有什么症状

溃疡性结肠炎的最初表现可有许多形式，腹痛、排便血和发热是其主要症状，血性腹泻是最常见的早期症状，其他症状依次有腹痛、便血、体重减轻、里急后重、呕吐等。偶尔表现为关节炎、虹膜睫状体炎、肝功能障碍和皮肤病变。发热则相对是一个不常见的症状。

在大多数患者中本病表现为慢性、低恶性，在少数患者（约占15%）中呈急性、灾难性暴发的过程。这些患者表现为频繁排便血性粪便（可多达30

次/天)和高热、腹痛。

体征与病期和临床表现直接相关,患者往往有体重减轻和面色苍白,在疾病活动期腹部检查时结肠部位常有触痛。

► 诊断

诊断上主要依靠纤维结肠镜检,但90%~95%的患者直肠和乙状结肠受累,因此通过纤维乙状结肠镜检已能明确诊断。镜检中可看到充血、水肿的黏膜,脆而易出血。在进展性病例中可看到溃疡,周围有隆起的肉芽组织和水肿的黏膜,貌似息肉样,或可称为假息肉形成。在慢性进展性病例中直肠和乙状结肠腔可明显缩小,为明确病变范围,还是应用纤维结肠镜做全结肠检查,同时做多处活组织检查以便与克隆结肠炎鉴别。气钡灌肠双重对比造影也是一项有助诊断的检查,特别有助于确定病变范围和严重程度。

► 治疗

溃疡性结肠炎大部分以内科治疗为主,如果出现了比较严重的并发症,如出血、穿孔、癌变时还需要外科干预。

» 药物治疗

1. 柳氮磺胺吡啶水杨酸制剂是主要治疗药物,如艾迪莎、美沙拉嗪等。
 2. 皮质类固醇常用药为强的松或地塞米松,但目前并不认为长期激素维持可防止复发。在急性发作期亦可用氢化可的松或地塞米松静脉滴注。但在慢性期是否应持续使用激素则尚有分歧,由于激素有一定副作用,故多数不主张长期使用。
 3. 免疫抑制剂在溃疡性结肠炎中的价值尚待验证。
 4. 中药治疗腹泻型溃疡性结肠炎效果比较理想。
- 同时应注意饮食以及生活习惯。

» 预防并发症

一般来说溃疡性结肠炎经内科治疗大多数可以得到控制,但需要预防溃

疡性结肠炎的并发症，包括中毒性结肠扩张、肠穿孔、大出血、息肉、癌变。

预防并发症发生除了去医院正规治疗外，自我调养也很重要。

1. 注意劳逸结合，不可太过劳累。暴发型、急性发作和严重慢性患者应卧床休息。
2. 注意衣着，保持冷暖合适，适当进行体育锻炼以增强体质。
3. 一般应进食柔软、易消化、富有营养和足够热量的食物。宜少量多餐，补充多种维生素。勿食生、冷、油腻及多纤维素的食物。
4. 注意食品卫生，避免肠道感染诱发或加重本病。忌烟酒、辛辣食品、牛奶和乳制品。
5. 平时要保持心情舒畅，避免精神刺激，解除各种精神压力。

► 溃疡性结肠炎患者如何监测结肠癌的发生

溃疡性结肠炎患者最严重的并发症是结肠癌，已有证据表明溃疡性结肠炎患者发生结肠癌的概率比一般人大得多，尤其是那些病程长、病变范围广泛的患者。这可能与黏膜长期慢性炎症诱导细胞异型增生相关，最终导致恶性肿瘤的形成。

那么，该如何预防结肠癌的发生呢？尽早发现结肠癌的癌前病变，适时进行干预是降低结肠癌风险最有效的方法。监测性结肠镜是最合理、最重要的监测方法。监测性结肠镜检查不同于普通的结肠镜检查，要求每10厘米在4个象限分别取1块组织，发现可疑的隆起性病变更需额外取活检，目的是为了早期发现异型增生（即癌前病变）。

病程超过10年以上的广泛结肠炎的患者应开始进行监测性结肠镜检查，应用染色内镜或放大内镜有可能提高检出率。如果在监测中发现癌或异型增生，就需要进行外科干预。若患者同时合并原发性硬化性胆管炎，由于其发生结肠癌的风险大大增高，结肠监测时间应提前至确诊溃疡性结肠炎之时。

肠道息肉

老钱两年前出现腹泻、腹痛、大便带血的症状。刚开始他很紧张，担心患了肠癌，但肠镜检查发现是长了两颗肠息肉，经切除活检证实是良性的大肠腺瘤性息肉，自此便把“定期复查”的医嘱抛在了脑后。没想到两年后又出现了腹泻、大便里带暗红色血液的症状，老钱觉得纳闷，这息肉两年前不是已经切了，后面一直也很好没有再发作了，怎么最近又发作了？“算了，再看看说不定过几天就好了……”由于老钱内心里的不接受和症状的或轻或重，让他拖了大半年才去医院重新进行了肠镜检查，结果发现果然又是大肠里长出了息肉，而且比上次的息肉更大。最后经过内镜下切除和病理诊断证实了息肉为具有潜在癌变可能的绒毛状腺瘤，医生再次与老钱强调，息肉虽然已经切除但还是需要定期复查，以防遗漏或新生，尤其是切除后的前几年。老钱这回记住了，通过饮食调整和定期复查，近几年来，肠道健康保持得很好。

肠息肉可发生在肠道的任何部位。息肉为单个或多个，大小可直径数毫米到数厘米，有蒂或无蒂。小肠息肉的症状常不明显，可表现为反复发作的腹痛和肠道出血。不少患者往往因并发肠套叠等才引起注意，或在手术中才发现。肠道息肉最常见的部位要属大肠了。由于大肠息肉最常见，与大肠癌的关系又密切，因此后面重点介绍大肠息肉。

► 大肠息肉

大肠息肉多见于乙状结肠及直肠，成人大多为腺瘤，腺瘤直径大于2厘米者，约半数致癌变。乳头状腺瘤癌变的可能性较大。

虽然大肠是息肉的好发部位，但由于早期很少引起症状，也很少引起

出血和梗阻，因此往往不易被发现，多数是在体检或检查其他疾病时才发现。大肠息肉其实就是肠黏膜表面上隆起性的病变，通俗地说，是肠壁内侧新长出来的一个肉疙瘩，这样的小肉疙瘩医学上称为息肉。大肠息肉在发现时大部分是良性的，过了很久也不长大，但一小部分的息肉有“变坏”的概率，如果进展成了腺瘤，则就成为了一种癌前病变，腺瘤继续发展可能就会变成癌。

► 息肉也分好坏

息肉没做活检比较难判断其性质，可以是腺瘤，也可以是炎症刺激引起的增生和修复性反应，或是局部黏膜的增生和肥厚，或者是癌肿。肉眼下看只是一个息肉，实质上却是不同的疾病。不同性质的息肉，预后和处理截然不同。所以息肉“好坏”的判断除了肉眼下外观大致判断外，更准确的判断还要依赖于显微镜下的病理诊断。

从病理学的角度出发，息肉的类型主要有腺瘤性息肉、炎症性息肉、增生性息肉等，根据不同类型，肠息肉的癌变率从3%~30%不等，而大多数的结肠癌都是从大肠息肉转变过来的。其中腺瘤性息肉癌变概率相对较高。肠息肉很容易被忽视，因为其一般没有临床症状，临床上只有很少一部分肠息肉患者出现便血、黏液便、腹痛等异常，而这些症状也常常缺乏特异性，因此要确诊肠息肉还得依赖结肠镜等器械检查。肠息肉的早期确诊非常重要，研究发现，及时治疗能使结肠癌的发病率降低70%~90%。

► 症状

大肠息肉约半数无临床症状，但有部分息肉可以引起症状，表现为：肠道刺激症状，腹泻或排便次数增多；便血可因部位及出血量而表现不一，高位者粪便中混有血，直肠下段者粪便外附有血，出血量多者为鲜血或血块，继发感染者可出现黏液脓血便；肠梗阻及肠套叠以盲肠息肉多见。炎症性息肉主要表现为原发疾病如溃疡性结肠炎、肠结核、克罗恩病及血吸虫病等的症状，炎症性息肉乃原发疾病的表现之一。

► 哪些息肉易癌变

将切下来的息肉进行显微镜下病理检查，判断其良恶性或者是否属于癌前病变。

一般而言，息肉的恶变率因息肉的种类不同而异。非肿瘤性息肉不易癌变，而肿瘤性息肉易癌变。不伴异型增生性息肉几乎不癌变，比如炎症性息肉。

伴异型增生性息肉癌变率较高，基底部宽的息肉、多发性息肉、息肉大于2厘米、病程在两年以上者等恶变率较高；腺管乳头状或乳头状腺瘤性息肉恶变率高。若是恶变率高的息肉，需要及时切除，以绝后患。

► 治疗

现在主张的是只要内镜能切的均可在内镜下行息肉的圈套摘除或行电热、电凝切除，无须剖腹，简单易行。只有特别大的息肉或者怀疑癌变息肉才采取手术切除。切除息肉不仅可以消除其恶变的隐患，而且可以解除精神上的顾虑，因此应采取积极的治疗态度。

高危人群包括家族成员中有结肠癌或结肠息肉者，长期吃高脂肪、高动物蛋白、低纤维以及油炸食品者，年龄大于50岁的人。此外，坐的时间越长，患肠息肉的风险也越高。

建议上述这几类人群，每年做一次肛门指检、大便隐血检查，若有阳性结果再做一次电子肠镜。若没有阳性发现，则3~5年做一次肠镜即可，这样可以及时发现有癌变倾向的结肠腺瘤。

在大肠癌高发的欧美国家，从50岁开始，就推荐所有人每年对粪便做隐血检查，每5至10年做一次完整的结肠镜检查。这样是为了早期发现大肠癌，因为早期治疗效果好，治愈率可以达90%以上。

► 预防：合理饮食并定期检查

结肠息肉作为一种消化系统病变，它与饮食习惯密切相关。大肠息肉与“两高一低”即高脂肪、高蛋白、低膳食纤维的饮食结构，加上运动量太少有关。为此，饮食宜清淡，多吃些富含膳食纤维的粗粮、新鲜蔬菜和水果，少吃肉类和海鲜、煎炸熏烤以及过于辛辣的刺激性食物，保持良好的排便习惯，还要戒烟限酒等。

另外结肠息肉不是切一次就了事，对于曾经患大肠息肉的患者，还需定期做例行检查：既是发现息肉癌变的重要措施也是切除后正规治疗的要求。结肠息肉切除后可能再度复发，发生的位置和性质都可能不一样。具体复查频率因人而异，推荐切除后每年查一次肠镜，连续2、3年检查无异常之后可以改为每5年查一次。

痔疮：不得不提的“小毛病”

林大爷以务农为生，两三年前出现了大便带血的情况，有时还有个肿块从肛门脱出，平时肛门附近总是比较潮湿，经常瘙痒，可是却不怎么疼。林大爷估计是痔疮，虽然心里不安，但也没有太过在意。半年前的一天，林大爷在家附近的墙上看到一个小广告，声称“祖传秘方、专治痔疮”。老实憨厚的林大爷想起自己的病情，按照广告上面的地址找了过去，“神医”装模作样地给林大爷做了检查，很肯定地告诉他，通过他的“痔疮偏方”治疗，两三个疗程就能好。随即给林大爷开了几味药，内服外敷的都有，打发林大爷回了家。

谁知，林大爷按照“偏方”治疗了几个月，病情不但没有丝毫缓解，反而加重了许多，特别是外敷的药物，抹在肛门周围火辣辣的疼，不久之后肛门周围起了许多小疙瘩，痔核脱出后也越来越难以收回。林大爷找到“神医”咨询，却又被忽悠着买了几包药。当林大爷再回去找“神医”，却发现对方已人去屋空，这才醒悟自己上了黑心骗子的当。

走在大街上，或在杂志报纸上都会看到满天飞的痔疮治疗广告，可能你会不以为然，但如果你是一位长期受到痔疮折磨的患者难免会心思萌生、蠢蠢欲动。痔（俗称痔疮）是一种位于肛门部位的常见疾病，任何年龄都可发病，但随着年龄增长，发病率会逐渐增高。在我国，痔是最常见的肛肠疾病，素有“十男九痔”、“十女十痔”的说法，痔疮也是一种不应该被忽视的肛肠疾病。

► 痔疮与肛垫

肛垫是人体肛门里的正常结构，其内充满静脉血管团，肛垫保证了肛

门的“滴水不漏”：就像水管接头里面缠绕的“垫片”一样，保证水不外漏。当某些原因导致肛垫松弛、肥大、出血或者脱垂的话，就会形成病理性的肛垫，即产生了痔疮。平素里也是因为肛垫的控制，人们才能“控制性”排气，避免了有屁就必须放的尴尬。

比如人行走、站立或坐着的时候，腹腔内部脏器会压向盆腔，使直肠周围血液回流受到影响，久而久之，就会形成痔疮。可以说痔疮是人类特有的疾病，实际上也是人类在进化过程中选择直立位所付出的代价。长时间保持直立位进行体力劳动，更容易引发痔疮。从比较的角度上看，用四肢爬行的动物就不会受到像痔疮这样的疾病烦扰。

► 痔疮有什么危害

痔疮虽然常见，很多人也认为是小毛病，但若不去治疗任其发展，也会造成很大麻烦。

» 慢性贫血

痔疮最常见症状为出血，轻者表现为出血、滴血，严重者表现为喷血，长此以往，将有大量血液丢失，造成贫血。

» 加重便秘

由于便秘、大便燥结，易挤伤痔核以致便血，患者往往尽量忍着不大便，结果大便更加干燥，如此往复，形成恶性循环。

» 脱出嵌顿

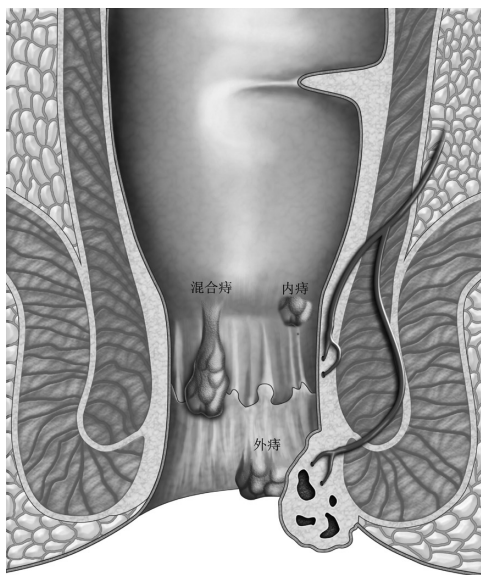
脱出于肛门外的内痔可能会发生嵌顿、血栓形成，出现痔核变硬、疼痛，难以送回肛门内，此时会有明显的不适或疼痛。

此外痔疮、便血在肛门处的分泌物不仅会污染内裤，还会引起瘙痒、湿疹等肛周疾病。对于女性患者，还将诱发一些妇科疾病。

► 痔疮症状和分类

痔疮主要表现为便血，便血的性质可为无痛、间歇性、便后鲜血，便时滴血或手纸上带血，在便秘、饮酒或进食刺激性食物后加重。

» 痔疮的类型



痔疮按其生长的部位可以分为内痔、外痔和混合痔。我们通常把发生在齿状线以上的痔疮称为内痔，发生在齿状线以下的痔疮称为外痔，都有则称为混合痔。肛门齿状线在肛门内约2.5厘米左右，所以一般I、II度的内痔是看不到的。

内痔是齿状线以上的静脉丛扩大曲张和充血而形成的柔软静脉团，由于齿状线以上受自主神经支配，所以通常感觉不到疼痛，很多人是在出血或痔核从肛门脱出后才察觉自己患有内痔的。

单纯性内痔无疼痛仅有坠胀感，可出血，发展至脱垂，合并血栓形成、嵌顿、感染时才出现疼痛。II度以上的内痔多形成混合痔，表现为内痔和外痔的症状同时存在，可出现疼痛不适、瘙痒，其中瘙痒常由于痔核脱出时有黏性分泌物流出。外痔平时无特殊症状，可有瘙痒，发生血栓及炎症时可有肿胀、疼痛。混合痔内、外痔症状都有。

► 针对导致痔疮的原因进行预防与治疗

造成痔疮的原因很多，主要是由于肛垫内静脉团病理性增生所致，通常有以下几种原因。

1. 直肠内压失调：长期的不良生活习惯，腹泻、便秘、久坐等导致痔静脉丛回流不畅、过度迂曲、增生。所以预防和治疗痔疮应避免久坐不动。

2. 肛管括约肌能力减弱：年老体弱、年龄增大及身体虚弱会造成肌肉退化，使得静脉回流不畅、静脉丛在局部增生。通过锻炼肛门括约肌可以在一定程度上缓解或治疗痔疮。

3. 神经调节反射障碍：直肠炎症等可以使肛门“调控阈值”等发生改变；神经肌肉反射系统出现问题；长期焦虑、生活作息不规律、不规律饮食等也可以导致神经调节紊乱。

» 治疗原则

1. 无症状的痔无须治疗。
2. 有症状的痔侧重减轻或消除症状，而非根治。
3. 以保守治疗为主。

» 一般治疗：注意饮食生活习惯调整

在痔的初期或无症状静止期的痔，只需增加纤维性食物摄入，改变不良的大便习惯，保持大便通畅，防止便秘和腹泻。忌酒和辛辣刺激性食物，增加纤维性食物，多摄入果蔬，多饮水，改变不良的排便习惯，保持大便通畅，必要时服用缓泻剂，便后清洗肛门。对于脱垂型痔，注意用手轻轻托回痔块，阻止再脱出。避免久坐久立，进行适当运动，睡前用温水（可含高锰酸钾）坐浴等。

» 提肛

针对患有痔疮的人群，提肛是最有效果的自我保健运动。提肛运动能改善局部血液循环，改善肛门括约肌功能，预防肛门松弛。提肛运动在辅

助治疗内痔方面是很好的疗法，其原理是：通过使肛门周围的肌肉及软组织一张一弛的运动，改善肛门括约肌周围的血液循环，增强肛门括约肌的功能和肛门、直肠部位的抗病能力。有医学杂志报道，用提肛法治疗早期内痔可取得较好效果。

提肛运动需要循序渐进的练习，需要的是我们持之以恒的坚持，提肛运动的目的是锻炼和强化支撑膀胱、大肠的肌肉，伸张和收缩防止肛门失禁。正确和定期的锻炼能达到防治肛肠疾病的效果。但是，并不是所有的内痔患者都适用提肛运动治疗内痔，肛门局部感染、痔核急性发炎、肛周脓肿等内痔患者不宜使适用提肛运动疗法。提肛运动只作为辅助疗法，并不能取代医学上的治疗。

» 局部用药治疗

1. PP粉（高锰酸钾片）热水坐浴可改善局部血液循环，还有杀菌消炎作用。
2. 肛管内注入油剂或栓剂，有润滑和收敛作用，可减轻局部的不适症状，如复方角菜酸酯栓（商品名：太宁栓剂）。
3. 血栓性外痔有时经局部热敷或外敷消炎止痛药物后，疼痛可缓解而不需手术。嵌顿痔初期也可采用一般治疗，可用手轻轻将脱出的痔块推回肛门内，阻止再脱出。
4. 症状严重时可以采用口服药物治疗，常用的药物有地奥司明片（商品名：爱脉朗）。

» 注射、胶圈套扎、手术治疗

手术一般用于保守治疗无效者、痔脱出严重、较大纤维化内痔、注射等治疗不佳合并肛裂和肛瘘等；注射疗法对I、II度出血性内痔效果较好；胶圈套扎痔根部，阻断其血供以使痔脱落坏死，适用于II、III度内痔，对于巨大的内痔及纤维化内痔更适合。

传统手术切除术是将单个痔疮结扎切除或环形切除。优点：疗效好，

复发率相对较低，费用低廉。缺点：术后非常疼痛，并发症多，恢复较慢，住院时间长。

PPH手术（吻合器痔上直肠黏膜环切钉合术）是近20多年来新发展的一种手术，正是基于“肛垫学说”发展而来。主要适用于脱垂型Ⅲ~Ⅳ度混合痔、环形痔，以及部分出血严重的Ⅱ度内痔。

PPH手术环形切除直肠下端2~3厘米黏膜和黏膜下组织，恢复正常解剖结构，即肛垫回位；黏膜下组织的切除，阻断了痔上动脉对痔区的血液供应，使术后痔体萎缩。PPH手术与传统痔切除术相比，手术时间短、术后疼痛轻、恢复快、并发症少，但器械的价格较昂贵。

» 如何预防复发或发作

痔疮预防与保守治疗的原则类似，主要从调整生活习惯做起，包括体育锻炼、预防便秘、保持大便顺畅、养成定时排便的习惯、保持肛门周围清洁、避免久坐久立、注意孕产期保健、常做提肛运动、自我按摩、正规治疗等。

► 痔疮的误诊误治：不要因痔疮常见而忽视

临床上经常遇到自诊患上痔疮的患者，结果被查出其实患上其他疾病，而且已经拖到病情严重的程度。痔疮导致的便血很常见，不少痔疮患者痔疮一加重就有便血。因为常见且部分会自发好转，使人们形成了一种见多不怪的麻痹大意心理，导致他们见到便血就简单以为是痔疮又犯了。临床上可以遇到很多这种对便血“见多不怪”的肠癌患者，他们延误治疗，并不是因为没有发现自己便血，而是被常见的痔疮或者本来就有的老毛病——痔疮给“麻痹大意”了。

案例一：直肠癌错当痔疮

林先生，出现黏液血便两个月，被诊断为痔疮。受“十男九痔”说法的影响，林先生未加重视，只是到药店买点痔疮药偶尔用一点，可持续1年未见好转。日前，他到省肿瘤医院就诊，被确诊为直肠癌晚期。

据报道，肿瘤医院收治的直肠癌患者中，约有60%以上曾误以为自己得的是痔疮，误诊时间少则3个月，多则1年。痔疮与直肠癌易混淆的原因是两者有一个共同症状：大便带血。多数患者总以为是痔，而不到医院就诊，相当多的医生一听“大便带血”，就首先考虑常见多发病痔，而不去做直肠指检。

直肠指检可初步鉴别痔疮与直肠癌，若指检可疑，须进一步做直肠镜检，从而确诊。直肠指检易查到直肠中下段的肿物，简便易行，应该高度重视。患者若出现血便，一定要仔细观察。痔疮患者的大便出血，是因排便时擦伤患处，血液随大便排出后滴落，与粪便不相混合，更没有黏液存在。而直肠癌患者的大便则常混有血液、黏液和脓液，并常伴有较明显的排便次数增多、大便变细变形等症状。

案例二：“痔疮”被查出长息肉

36岁的宋女士是文职工作者，常年坐办公室。几年前，她不明原因出现大便带血症状，刚开始只是大便后手纸带血，以为就是上火，没太在意，后来发展为点滴状出血，女同事告诉她可能是长痔疮了，买点药擦擦就行。宋女士觉得医院肛肠科都是男医生，哪好意思去看，没想到这一拖就是十年。最近两周，宋女士症状突然加重，出血很严重，几次眼一花差点晕倒，吓坏了家人，坚持让她去看病。她解除尴尬心理，跟医生仔细交流，接受检查，最终确诊并非患上痔疮，而是长了直肠息肉。治了十年都治错了，难怪没效果。在医生的安排下，宋女士接受了微创手术治疗，成功摘除息肉，便血症状也消失了。

在平日生活中，人们常将主要疾病与痔疮搞混。由于这些疾病有着类似度极高的症状表现，也给不少患者朋友带来十分大的麻烦。

不少人便血和肛门病痛后立刻就想到痔疮，其实有这些症状的不止痔疮这一种肛肠疾病，大肠息肉、大肠癌、肛痿、肛裂、肛周脓肿等也有这些症状表现。一般百姓要区分这些确实不容易，最好经过正规检查后确诊医治。也许大家还记得，连续三届获得男子乒乓球单打世界冠军、前国家

体委主任庄则栋在京病逝，据报道称其患直肠癌曾误以为是痔疮，确诊时已是晚期，因此最好到正规医疗机构仔细检查。

» 痔疮便血与肠癌便血的不同

肠癌便血和痔疮便血都表现为大便带血，麻痹大意容易延误治疗。那么应该如何区分？

通过观察便血情况，可以有一个大致判断。

一般痔疮便后出现鲜红色的血，多是大便或者是便纸上带血，有时候大便是干结的，如果用力过猛还会出现滴血的现象，不过几天后就会自行停止了。肠道肿瘤出血多呈暗红色，常带有黏液，也常与粪便混合在一起。

其次是大便形状和排便习惯改变，痔疮一般不会改变大便习惯和形状，而肠癌会出现排便规律变化：肠壁受到肿瘤影响使大便次数增多，但排便量不多；个别肿瘤特别大的患者甚至没有粪便，只是排出一些黏液、血液，且有排便不尽的感觉；大便带血或间歇性便血，并且血的颜色为暗紫色、紫红色；大便是细条形，形状也有改变，呈扁形或带沟槽痕迹；腹痛、腹部包块、肠道功能紊乱，并出现不明原因的腹泻、便秘；有不明原因的贫血、消瘦、乏力、低热等。

便秘

上周门诊又见到老吴了，照例来看便秘，虽然各种检查都没发现问题，但是半年多来果导片却越吃越多，现在每天要吃10粒才能排便，为此他十分苦恼。一问原来他自己买泻药帮助排便好几年了，实际上像老吴这样长期服用刺激性泻药的还不在少数，因此这方面的知识有必要科普一下。

便秘是指排便次数减少，同时排便困难，粪便干结。正常人每天排便1~2次或2~3天排便1次，而便秘患者每周排便少于2次，并且排便费力，粪质硬结、量少。便秘是临床上常见的疾病，多长期持续存在，症状扰人，影响生活质量。病因多样，但以肠道疾病最为常见，诊断时应慎重排除其他病因。

便秘可以分为功能性和器质性，功能性便秘是因结肠排便功能紊乱引起的，往往可以通过调整生活习惯改变和缓解症状；器质性便秘是指由于器质性疾病导致的便秘，如果病因不去除便秘难以缓解。

功能性便秘与进食量少或食物缺乏纤维素或水分不足、肠易激综合征、活动过少等因素有关。

器质性便秘常见于肠管器质性病变、肿瘤、炎症或其他原因引起的肠腔狭窄或梗阻、直肠内脱垂、痔疮、糖尿病、甲状腺功能低下、脑中风后、先天性巨结肠或巨直肠、使用某些药物等。

► 便秘的危害

人一生中总会碰到几次便秘，偶尔的便秘除引起身体不适外，并无多大危害，但是经常便秘则对健康产生一定的危害。祖国医学对便秘的危害也早有论述。汉代著名养生学家钱充说：“欲得长生，肠中常清；欲得不死，肠中无滓。”意思是说，保持大便通畅而无积滞有益于健康长寿。下

面我们就来了解一下便秘的危害。

» 加重胃肠功能紊乱

粪便长时间停留在肠道内，造成毒性物质吸收，给已经减弱的胃肠消化功能又加了额外的负担，使胃肠功能进一步紊乱，导致腹胀、食欲减退、口苦、嗝气、恶心等。

» 加重或诱发痔疮形成

便秘时排便用力屏气，直肠颈压力增高，阻断静脉回流，使正常肛垫充血性肥大并反复向远侧移位，其中的纤维间隔逐渐松弛，直至断裂并伴有静脉丛淤血、扩张、融合，甚至夹杂细小的动、静脉瘘，最后形成痔。对于便秘的人来说相当于雪上加霜。

» 诱发心脑血管疾病

便秘伴有心脑血管疾病的高龄患者，排便时用力过大，会使血压升高，机体耗氧量增加，很容易诱发脑出血、心绞痛、心肌梗死，甚至危及生命。

» 排便费劲造成疝气

长期便秘，便秘时用力大造成腹内压高，腹内脏器如小肠等经腹壁薄弱处向身体表面凸出，常导致疝气形成或增大。

» 心理因素和精神障碍

精神和心理因素在便秘的发病中起一定的作用。经久不愈的便秘给其生活带来极大的痛苦，加重了精神和心理的创伤，甚至痛不欲生。曾有便秘患者因不堪忍受而自杀的报道。

» 有损美容

长期便秘，有害物质再吸收入血，可引起腹胀、食欲减退、口内异味、易怒等症状。此外，还可引起皮肤粗糙无光泽、痤疮、色素沉着、颜面色斑等多种有碍美容的病症。

► 便秘发生的原因

正常人排便是靠神经反射调节的，受到诸多因素控制，故大便排出

畅受到很多因素的影响，下面介绍造成便秘最常见的一些原因，预防和治疗便秘也应从这些因素着手。

» 便意消退：进食量少、食物缺乏纤维素

若吃得太少或者食物中纤维含量太少，导致食物消化完后几乎没有什么残渣，这种情况会导致结肠内不能形成足够多的粪便，难以产生便意。这就是为什么要鼓励便秘患者多吃含纤维素食物，纤维素不能被人体消化吸收，经过消化道后产生较多残渣，刺激肠道产生便意，可改善便秘。另外如果我们在便意来的时候刻意憋回去，长期这样也会导致便意的消退，造成功能性便秘，因此容易发生便秘的人应该注意避免憋回便意。

» 肠道蠕动减弱

现代人在办公室一坐就是一天或者因打麻将一坐一晚上，水分不足、活动过少是这些人的一大特点。运动过少会使得结肠蠕动减少，粪便在肠道内停留太久，水分吸收过多使粪便变得干硬、体积变小难以排出；另外由于水分补充得少，肠道会补充吸收更多粪便中的水分，使得大便干硬。因此改善便秘的另一大法宝就是多喝水、多运动。

» 精神因素的影响

因工作紧张、精神因素等打乱了正常的排便习惯，比如便秘型肠易激综合征，受到这种原因困扰发生便秘的多见于年轻女性。

» 滥用泻药，形成药物依赖，造成便秘

为什么我们不推荐一般人使用泻药来缓解便秘呢？是因为泻药也分很多种，不能随使用。刺激性的泻药虽然用起来有立竿见影的效果，但如果长期使用会导致泻药依赖，以后用了大量的泻药也不起反应，会很痛苦棘手。

» 器质性病变

先天性巨结肠症、结肠冗长：由于发育缺陷，使得肠道内缺乏感受和产生便意的神经感受器，失去了正常人排便清空肠道的调节功能。结肠完全或不完全性梗阻：结肠良、恶性肿瘤将肠道阻塞，使粪便不能顺利下

行，甚至完全将肠道堵塞。

» 其他非肠道原因

糖尿病、尿毒症、甲状腺功能减退等。

提醒：中老年人得便秘的很多见，而很多大肠癌在不完全梗阻肠道时表现的就是便秘的症状，此时需要注意如果便秘伴便血，尤其排暗红色血便，伴大便变细、排便不尽感、排便习惯改变等情况时就要提高警惕，应排除是否有大肠癌的可能。

► 便秘治疗

便秘患者需根据便秘症状轻重、病因和类型，采用综合治疗方法，包括一般生活治疗、药物治疗、生物反馈训练和手术治疗，以恢复正常排便。

» 一般生活治疗

增加膳食纤维含量、增加饮水量以加强对结肠的刺激，并养成良好的排便习惯，如晨起排便、有便意及时排便，避免用力排便，同时应增加运动。治疗时应注意清除远端直肠内过多的积粪，需积极调整心态，这些对获得有效治疗均极为重要。

» 药物治疗

可以有效缓解便秘症状，但不可乱用，否则将加重或导致更顽固的便秘。

常见泻药

常见的泻药可以分为刺激性泻剂、高渗性泻剂、盐性轻泻剂、润滑剂等几种类型。

1. 刺激性泻剂：此类药物有果导片、番泻叶、车前草、番泻果实（商品名：舒立通）、大黄碳酸氢钠（商品名：大黄苏打）。一般用药6~12小时即有排便作用，但是必须强调的是不能滥用，长期使用会导致对这些刺激性药物的依赖甚至耐药。长期使用者一旦停用此类药物，便秘症状往往加重，长期使用可能损害肠道内神经节导致更顽固的便秘。此类制剂含有蒽醌，长期摄取后在结肠黏膜下有黑色素沉积，形成所谓的结肠黑变病。

2. 高渗性泻剂：如山梨醇、乳果糖溶液，是不被吸收的电解质混合液，糖尿病患者可以使用。具有温和的缓泻作用，起效较慢，软化大便，使之易于排出，可以长期服用，不产生耐药性。乳果糖（商品名：杜秘克）口服15~30毫升/天，24~48小时即有排便功效。

3. 盐性轻泻剂：如硫酸镁、磷酸钠，此类泻剂可引起水电解质紊乱，一般在医院作为术前肠道准备使用，不宜长期使用。对有粪便嵌塞者可灌肠排出粪便。有肾功能不全者不宜使用含镁制剂。

4. 润滑剂：液状石蜡（商品名：石蜡油）能软化粪便，可以口服或灌肠，适用于老年人心肌梗死后或肛周疾病手术后，避免费力排便，但对药物性便秘无效。

提醒：慢性便秘需要避免滥用果导片这类刺激性的泻药，否则泻药将越吃越多，加重便秘。长期便秘患者应从多方面调节，使用泻药方面应选择温和缓泻药，如乳果糖。再次强调药物只是治疗便秘的一方面，多运动、多喝水、增加膳食纤维、良好的排便习惯等都是非常有效的方法。

» 生物反馈训练

一般用于治疗盆底失弛缓引起的便秘，借助仪器设备将排便时肛门直肠局部的压力和电活动直观呈现在屏幕上。在治疗师的帮助下，患者对照屏幕积极训练，纠正错误的排便活动，从而使出口顺畅，治疗便秘。包括排便用力训练、盆底松弛训练、刺激排便训练等，旨在为盆底肌肉功能失调便秘患者建立正确的排便反射和习惯。

» 手术治疗

若便秘是由巨结肠、结肠冗长、肠梗阻引起的，经保守治疗确实无效时可以考虑手术治疗，常见的有耻骨直肠肌松解术、结肠次全切除术等。只有对确诊为慢传输型便秘、严重影响生活质量且非手术治疗无法改善症状的病例才建议手术，毕竟从总体上看只有非常少的病例需要手术干预。

► 预防

生活和排便要规律，建立排便条件反射，养成定时排便的习惯。不忽视便意，一开始就应认真对待，有便意应及时排便，不可硬憋。

避免久坐，适当参加体育锻炼，以加强结肠活力，促进肠蠕动。多食用新鲜蔬菜、富含纤维素的食物。

多饮水，纤维需吸收水分才能在肠腔中起通便作用，故每日可饮水3000～5000毫升。戒掉长期服用通便药的习惯。

第六章 ▶ 肝胆胰常见病

不可小看的脂肪肝

几年前小蔡在单位组织的体检中发现自己有脂肪肝，他觉得自己体型虽然略胖，但还能接受。他自己大概查阅了一下资料，觉得这个问题不大，于是未加以重视。一年后再次体检，轻微的转氨酶升高，和同事们一聊自己的身体，发现男同事多半都有点毛病：不是脂肪肝，就是高血脂，糖尿病、高血压也不罕见。小蔡的心情从担心变成了庆幸——自己的血压、血糖、血脂都还正常，还算不上三高人士呢。喝酒吃饭的日子照旧欢畅，医生建议的运动健身完全想不起来了。

两年以后，小蔡的脂肪肝变成了中度，血压也轻度升高了。再一年之后，变成了重度脂肪肝，转氨酶轻度升高，他容易疲倦，经常昏昏欲睡。上网一查，重度脂肪肝有可能转变成肝硬化甚至肝癌，于是他恐慌起来。

这下小蔡带着认真严肃的态度来到了医院咨询，后来医生告诉他还只是单纯的脂肪肝，刚从中度发展到重度，目前还好没什么不良变化，但给他忠告：要减少膳食脂肪，增加运动。

► 脂肪肝怎么定义

脂肪肝可以分为酒精性脂肪肝和非酒精性脂肪肝，从字面就可以理解，酒精性脂肪肝就是由于喝酒引起的肝脏脂肪变性，非酒精性脂肪肝是指由于其他原因比如肥胖、高脂饮食等引起的。然而国内很多人既喝酒又

有高脂饮食，因此常常不刻意去区分属于哪一类脂肪肝。这里主要介绍非酒精性脂肪肝，由喝酒导致的肝病将在后面章节介绍。

很多人不把脂肪肝当成病，觉得脂肪肝算不上是病，反正在发展到重度之前，并没什么明显的不舒服。究竟脂肪肝是什么？有什么危害呢？

► 现状：大多数人忽视脂肪肝的危害

每当体检，被查出脂肪肝的大有人在，很多人压根也不把它当作是病，根本不重视。酒精性脂肪肝患者继续豪饮不止；非酒精性脂肪肝患者也从不运动，继续“能卧不坐、能坐不站、能站不走”，继续享受高脂高糖美食，无视自己体重的不断增加及血糖、血脂的异常。甚至有些脂肪肝患者在出现肝功能异常后，仍毫不在意，或仅片面追求转氨酶的正常，或当脂肪肝略有好转便又回归以前的生活方式。

应充分认识到脂肪肝是种病。研究显示，酒精性脂肪肝患者若继续饮酒，可发展为酒精性肝炎，持续饮酒者40%进展为肝硬化，发生酒精性肝硬化后仍持续饮酒5年者，死亡率可达85%。非酒精性脂肪肝患者中，若为单纯性脂肪肝，预后相对较好，但若不及时治疗，可发展为脂肪性肝炎，后者10年内肝硬化发生率达25%。

脂肪肝的危害还不仅如此。脂肪肝还可影响其他肝病的进展，如加重肝炎病毒引起的肝损害等。而且，脂肪肝的发生与肥胖、高脂血症、糖尿病、高血压病等疾病关系密切，这些疾病均为代谢综合征的组成部分。事实上，脂肪肝患者大部分的死亡原因不是肝病，而是代谢综合征相关恶性肿瘤、动脉硬化性心脑血管疾病等。

► 脂肪肝已成为第二大肝病

近年来由于生活水平提高、饮食结构变化以及预防保健措施的相对滞后，脂肪肝可谓是“来势汹汹”，发病率逐年上升，而且发病年龄越来越小，年轻化趋势明显。据最新调查统计，我国脂肪肝的检出率已达20%。脂肪肝在我国已成为仅次于病毒性肝炎的第二大肝病。“胖人更易得脂肪

肝”，肥胖的人半数有轻度脂肪肝，重度肥胖的人脂肪肝的发生率可达60%~70%。专家指出，30~50岁的中青年男性已成为脂肪肝的“主力军”。中年“发福”不仅身体发胖，肝脏也“发福”。近年来小胖墩儿越来越多，脂肪肝发病明显低龄化，在单纯性肥胖儿童中脂肪肝发病率已高达38%。

► 不良生活方式是重要原因

从医学角度看，营养过剩、营养不良、胃肠外高营养、药物中毒、大量饮酒、糖尿病、炎症、妊娠、甲状腺功能亢进、垂体前叶功能亢进、慢性溃疡性结肠炎、溃疡病和慢性肝炎等因素都可能导致脂肪肝。

但从国情来看，脂肪肝高发主要是和人们高脂肪、高蛋白食物及甜食、零食摄入增多，大量饮酒，多坐少动，体力活动大幅减少等不良生活方式密切相关。吃得过多、过好，而动得越来越少，导致体内过剩的养分转化为脂肪，这些脂肪沉积于皮下时，表现为肥胖，沉积于肝脏就表现为脂肪肝。

喝酒引起的酒精性脂肪肝也很常见。酒精对肝脏有明显的毒性作用，重度饮酒者中80%有一定程度的脂肪肝。据介绍，如果一个人连续2周大量饮酒，每日饮用酒精的量超过80克，或长期饮酒持续5年、每日饮用酒精的量男性超过40克、女性超过20克，即可导致酒精性脂肪肝或酒精性肝炎。也就是说，每天喝60度白酒2两或喝35度白酒3两或喝啤酒1瓶半，5年即可患脂肪肝。如果每日饮用酒精的量超过80克，10~15年即可导致肝硬化。

► 治疗：饮食控制和适量运动是治疗的关键

治疗或预防脂肪肝的原则是合理饮食，控制食物摄入总量，少吃高脂肪、高热量食物，加强有氧运动。酒精性脂肪肝患者应戒酒。

1. 调整生活方式：坚持锻炼，每天运动量要足够，锻炼形式因人而异。
2. 调整饮食结构：饮食结构中脂肪应少于30%，清淡为主，少吃动物

内脏，多吃蔬菜、水果，不暴饮暴食，戒烟忌酒。

治疗脂肪肝这种“富贵病”，除了个别严重者要按照医嘱治疗外，根本上是要靠自己“管住嘴，迈开腿”。脂肪肝不可怕，通过生活习惯的调整可以远离它，但忽视脂肪肝、放任其发展才更可怕。若脂肪肝这种可控制、可逆转的肝损伤进展至肝硬化就太可惜了。

病毒性肝炎

一、什么是病毒性肝炎

病毒性肝炎是由多种不同肝炎病毒引起的一组以肝脏损害为主的全身性传染病。按引起发病的病毒不同，可分为甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎和戊型肝炎等。各型病毒性肝炎临床表现相似，主要为乏力、食欲减退、恶心、呕吐、肝脏肿大及肝功能损害，部分患者可出现黄疸。

二、肝炎病毒有多少种类

目前有甲、乙、丙、丁、戊五种肝炎病毒，它们是病毒性肝炎的致病因子。甲型和戊型肝炎经粪一口途径传播，多表现为急性感染，很少转变为慢性肝炎；乙型、丙型、丁型病毒经过血液、体液传播，大多呈慢性感染。对肝脏侵害严重、对人体健康威胁大、发病率高的是乙型肝炎和丙型肝炎。下面主要介绍慢性乙型肝炎。

► 乙肝

小宋是一跨国企业的部门经理，很快他便要调到总部工作。可是最近，小宋面色蜡黄，时常感到恶心、呕吐，在办公中，他浑身无力，难以集中精力，小宋的爱人赶紧催着他去医院做检查，因为结婚时她就知道小宋是乙肝病毒携带者。果然不出所料，化验结果显示小宋得了乙型肝炎。小宋的爱人心疼地责怪他：“你这病都是累出来的。”

小宋的爱人说得有道理：许多无症状乙肝病毒携带者的发病，多因过度劳累、生活规律紊乱、酗酒、滥用药物、负性生活事件等因素诱发。而小宋身为部门经理，每天都要承受超负荷的工作量，且生活没有规律，最终体力透支而引发疾患。

» 乙型肝炎简介

乙型肝炎是由乙肝病毒（HBV）引起的、以肝脏炎性病变为主的一种传染病。它是目前世界上流传最广泛、危害最严重的一种传染病。大部分乙型肝炎在急性期经过治疗能够痊愈，少数病例病程迁延或转为慢性，其中一部分可发展为肝硬化甚至肝癌；极少数病例病程发展迅猛，肝细胞出现大片坏死，成为重型肝炎；另有一些感染者则成为无症状的病毒携带者。

» 乙型肝炎分类

1. 急性乙肝：病程在半年内称急性乙肝，一般起病较急，有轻重不等的症状，多数人表面抗原多在半年内消失，少数可变成慢性乙肝。

2. 慢性乙肝：病程超过半年称慢性乙肝，可有轻重不同的症状，迁延不愈，反复发作。如果没有乙肝病史，也没有近期的化验结果，首次发病有时很难判断是急性乙肝还是慢性乙肝。

3. 重型乙肝：病情发展迅猛，症状很重，如不积极抢救，可危及生命。

4. 乙型肝炎病毒携带者：如果没有症状和体征，肝功能正常，仅仅是表面抗原阳性，不论是“大三阳”或是“小三阳”，也不论HBV-DNA阳性或阴性，均称乙型肝炎病毒携带者。它占乙肝感染者中的大多数。值得注意的是，有的人虽然没有症状，甚至肝功能也正常，但是肝脏存在慢性炎症，如果不治疗，最终可以发展为肝硬化。这些人其实不是真正的携带者。因此，如果没有肝组织学检查的证据，就要进行长期的动态观察，才能做出准确诊断。

慢性乙型肝炎的治疗目标是最大限度地长期抑制或者消除乙肝病毒，减轻肝细胞炎症性坏死及肝纤维化，延缓和阻止疾病进展，减少和防治肝硬化、肝癌及其并发症的发生发展，改善患者生活质量和延长存活时间。

» 乙型肝炎传播途径

1. 血液传播

使用未经严格消毒的医疗器械，进行侵入性诊疗操作和手术；不安全注射，特别是注射毒品等。

2. 母婴传播

母婴传播主要发生在围生（产）期，多为胎儿在分娩时接触HBV阳性母亲的血液和体液感染。随着乙肝疫苗联合乙型肝炎免疫球蛋白的应用，母婴传播已大为减少。

3. 接触传播

带有HBV的血液、唾液、精液和阴道分泌物等通过易感者的皮肤、黏膜破损处进入机体，而非经粪一口传播。HBV不经呼吸道和消化道传播，因此日常学习、工作或生活接触，如在同一办公室工作、握手、拥抱、同住一宿舍、同一餐厅用餐和共用厕所等无血液暴露的接触，一般不会传染HBV。流行病学和实验研究亦未发现HBV能经吸血昆虫（蚊、臭虫等）传播。

» 症状

一般症状

从肝炎病毒入侵到出现最初症状以前，这段时期称为潜伏期。潜伏期随病原体的种类、数量、毒力、人体免疫状态而长短不一。感染后全身可以有类似流感的表现：患者常感身体乏力，容易疲劳，可伴轻度发热等。肝炎时肝细胞受到破坏，肝脏功能下降，胆汁分泌减少，会出现食欲不振、恶心、厌油、上腹部不适、腹胀等。病情较重时，还会出现黄疸。若病情继续发展会出现肝硬化的一系列症状，如腹水、胃底食管静脉曲张和黄疸等。

部分患者可以没症状

慢性乙型肝炎患者不一定都有症状。感染乙型肝炎病毒后，可表现为

不发病，但又不能清除病毒，使病毒与人体处于共存状态，成为无症状乙型肝炎病毒携带者。患者没有任何不适的表现，但是因为乙型肝炎表面抗原依然存在，病毒仍可在肝脏内复制。即便是有些患者已经发展成慢性肝炎、肝硬化，也可以没有症状。

长期感染却不产生症状也许是乙肝病毒的“生存之道”，这样乙肝病毒可以更长久地存在于体内“兴风作浪”，也是其可怕之处。不少人就是已经病入膏肓了才知道被乙肝病毒感染了，因此，慢性乙型肝炎即使无症状，定期检查也是非常重要的，以免延误治疗时机。

» 治疗

绝大多数慢性乙型肝炎患者通过治疗能使病情彻底得到改善，或使病情进展的速度减慢。但目前乙肝治疗的策略并非彻底消灭乙肝病毒，因为还无法做到这一点，仅有少数（大约8%以下）慢性乙型肝炎患者通过治疗被彻底治愈。如果你看到街上的一些小广告声称可以彻底消灭乙肝，那基本可以判断这是骗人的。还有一部分（约30%左右）患者有望能够被基本治愈，这部分患者病情基本保持在不进展状态，表现为病毒复制指标转阴，传染性减弱，肝功能正常，病理检查提示肝脏组织炎症轻微或静止，发生肝硬化或肝癌的概率大大减少。

治疗目标

慢性乙型肝炎抗病毒治疗的根本目的在于持久抑制乙型肝炎病毒复制，延缓疾病进展，减少甚至避免肝硬化和肝癌及其并发症的发生，让乙型肝炎患者有较好的生存和生活质量，最终不因慢性乙型肝炎而影响患者的寿命。基本目标：检测不到乙型肝炎病毒DNA，以及HBsAg阳性患者获得血清学转换，肝功能恢复正常。中期目标：肝脏纤维化甚至肝硬化逆转。最终目标：预防肝癌的发生，延长患者生存期，减少肝脏失代偿，提高患者生活质量。

抗病毒治疗

对于“大三阳”患者，如果乙型肝炎病毒DNA持续阳性，且乙型肝炎

病毒DNA大于等于 1×10^5 拷贝/毫升（相当于20000国际单位/毫升），ALT大于等于2倍的正常值上限，应该使用干扰素或核苷类似物进行抗病毒治疗。如果用干扰素抗病毒治疗，ALT应小于10倍的正常值上限，血清总胆红素应小于2倍的正常值上限。如果ALT异常，但未达到2倍的正常值上限，可进行肝穿刺活检，如果肝组织有中度及以上的炎症或纤维化，也可进行抗病毒治疗。

对于“小三阳”患者，如果乙型肝炎病毒DNA持续阳性，且乙型肝炎病毒DNA大于等于 1×10^4 拷贝/毫升（相当于2000国际单位/毫升），ALT大于等于2倍的正常值上限，应该使用干扰素或核苷（酸）类似物进行抗病毒治疗。“小三阳”患者抗病毒治疗的标准仅乙型肝炎病毒DNA水平略低于“大三阳”患者（低一个数量级），其余的条件与“大三阳”患者基本一样。

目前，乙肝的治疗仍然是世界性的难题，国内外尚无一种特效的抗乙肝病毒的药物。因此，对于“大三阳”和“小三阳”患者的治疗，应具体情况具体对待。无论是“大三阳”或“小三阳”，原则上如伴有肝功能损害，都应该在医生的指导下进行适当、合理的保肝治疗，同时注意休息和合理膳食，必要时可进行免疫调节和抗病毒治疗。如果没有明显的临床表现，肝功能也正常，则都不必进行特殊治疗，定期观察即可。一般每3~6个月复查一次肝功能和肝脏B超。复查如有问题，则应及时治疗。

乙肝两对半检查是用来判断是否感染乙肝或粗略估计病毒复制水平的初步检查，两对半对于病情严重程度的评估参考性不大。而肝功能是衡量肝脏是否有肝细胞坏死或炎症存在的重要检查，其中转氨酶是重中之重，治疗需要以肝功能为重要参考指标。

如何选择抗病毒药物

目前，国内外医学界公认的治疗慢性乙肝有确切疗效的抗病毒药物主要有两大类： α 干扰素和核苷类似物。核苷类似物如拉米夫定、阿德福韦酯、恩替卡韦、替比夫定等。

患者要在明确自身病情的基础上，了解抗病毒药物的种类、作用机制、适应证、疗效、副作用等，根据病情选择不同的抗病毒药物。慢性乙肝治疗是一个长期的过程，治疗时间特别是抗病毒药物治疗的时间一般都比较长。乙肝患者应树立信心，坚持用药，保持良好的治疗心态，相信一定能够战胜病魔。

由于乙肝治疗是一项复杂的系统工程，本书限于篇幅有限不做过多详细讲解，推荐有兴趣者去看一本书：《2014年中国慢性乙型肝炎防治指南科普版》，里面会有更详细的介绍。

肝脏良性占位性病变

何小姐在刚刚拿到的体检报告中，发现了“肝血管瘤”字样，紧张得不得了，担心破裂或癌变……有报道称，肝血管瘤患者占体检者的0.5%~1%。那么肝血管瘤到底是一种什么样的疾病？在诊断和治疗中要注意什么？

► 什么是肝脏占位性病变

肝脏占位性病变是医学影像诊断中的专有名词，通常出现在B超、CT、磁共振检查结果中，它泛指被检查的肝脏有“多出来的东西”，通常用于影像学检查难以确诊时的诊断。包括良性肿瘤、恶性肿瘤、寄生虫、结石等不同性质疾病，并不是肝癌的代名词。

肝脏占位性病变根据性质不同可分为恶性占位性病变和良性占位性病变。肝恶性占位性病变主要包括肝癌、肝肉瘤等，常见的是肝癌。肝癌又分为原发性肝癌、肝转移性癌。

肝良性占位性病变从大体上可分为囊性占位和实质性占位两种类型，囊性占位主要包括肝囊肿、肝脓肿、肝包虫病等，其中先天性肝囊肿较常见，肝包虫病主要发生在内蒙古等牧区；实质性占位主要包括肝血管瘤、肝细胞腺瘤、局灶性结节性增生、局灶性脂肪肝、炎性假瘤、肝瘤样增生等，其中以肝血管瘤最为常见。接下来介绍两种最常见的肝脏良性占位性病变：肝囊肿和肝血管瘤，肝癌将在后面消化系统恶性肿瘤章节中介绍。

► 发现肝脏占位性病变后怎么办

发现肝脏有占位病变后，首先要定性论断，即确定患者肝脏占位的性质是良性还是恶性。大部分可以通过良、恶性肿瘤的“长相外貌”特点进行判断。对于难以判断者要结合各种检查来明确，比如甲胎蛋白、肝功能

化验、肝炎病毒指标检测。当然最准确的办法是穿刺活检，一般只有在高度怀疑该占位性病变为恶性肿瘤时才会做活检确定，毕竟活检还是一项有创检查。下文介绍的两种肝脏良性占位性病变基本通过彩超或者CT就能诊断，都属于“无害型居民”。

► 肝囊肿

单纯性肝囊肿是内含浆液、不与肝内胆管相通的囊性病变，通俗来说就是一个水泡，不痛也不痒。

单纯性肝囊肿可以分为非寄生虫性肝囊肿和肝内胆管囊肿，是一组疾病的总称，多数有遗传倾向。虽然其病因、发病率、临床表现和预后各不相同，但这些疾病的基本病变是肝内胆管的囊性扩张，经B超或CT检查即可做出诊断，但也有需经组织学检查方能证实者。体检发现的肝囊肿一般指单纯性肝囊肿。

由于成人单纯性肝囊肿的发病率较高，因而与其他肝病或肝外疾病并存的机会较多。因此，在确定肝囊肿引起的右上腹痛或不适时，必须排除引起上述症状的其他疾病。若肝功能异常，应考虑同时合并其他肝病的可能。

» 发现肝囊肿怎么处理

肝囊肿的发病原因多与先天因素有关，属于良性疾病，囊肿生长缓慢，大多数不需要治疗。肝囊肿的治疗应视其大小、性质及有无并发症而定。定期体检复查“肝囊肿”以是否发生变化为准，目前还没有预防办法，也不能通过药物治疗和预防。

直径5厘米并出现压迫症状者可在超声引导下穿刺抽液，以缓解压迫症状。但抽液后不久囊肿又会增大，需要反复抽液。此法操作简便，不需剖腹，对不能耐受手术的巨大肝囊肿患者仍不失为一种可行的治疗方法。如果囊肿有感染时宜行外引流术。

当有并发症出现，如囊肿破裂、囊蒂扭转、囊内出血或囊肿巨大压迫

邻近器官影响进食者，须进行外科手术治疗。

► 肝血管瘤

肝血管瘤大多数为海绵状血管瘤，是肝脏最常见的良性肿瘤，可发生于任何年龄。血管瘤的发展非常缓慢，小血管瘤可无任何症状，大多数是在体检时被B超发现。肝血管瘤的发生是先天性肝脏末梢血管畸形所致，在胚胎发育过程中由于肝血管发育异常，引起血管内皮细胞异常增生形成肝血管瘤。女性青春期、怀孕、口服避孕药等可使血管瘤的生长速度加快，因此认为女性激素可能是血管瘤的一种致病因素。

肝血管瘤多无明显不适症状，当血管瘤增至5厘米以上时，可出现下列症状：腹部包块有囊性感，无压痛，表面光滑或不光滑，在包块部位听诊时，偶可听到传导性血管杂音。巨大的血管瘤可对周围组织和器官产生推挤和压迫。压迫食管下端时可出现吞咽困难，压迫肝外胆道时可出现阻塞性黄疸和胆囊积液，压迫门静脉系统时可出现脾大和腹水，压迫肺脏时可出现呼吸困难和肺不张，压迫胃和十二指肠时可出现消化道症状。个别患者因血管瘤巨大伴有动静脉瘘形成，回心血量增多，会导致心力衰竭。

一般情况下我们可以与肝血管瘤“和平共处”，但要定期检查。

为了选择治疗方法，医学上人为地将肝血管瘤分为两种：生长型和非生长型。肝血管瘤随时间推移，逐渐长大的可称为生长型；没有变化的称为非生长型。95%以上的肝血管瘤属于非生长型。有少数青壮年肝血管瘤会突然增长，随之出现症状，压迫周围器官时可出现上腹不适、腹胀、腹痛等症状。肝血管瘤受外力碰撞时，可破裂出血；另有巨大血管瘤可自行破裂，发生腹腔大出血，这就需要每3个月到半年检查一次。

» 发现肝血管瘤怎么处理

实际上，肝血管瘤从其来源和组织学特性来讲，它是良性疾病，而且也不会随着时间的增长而癌变。但是，有些会随着时间而逐渐长大。经常有朋友问，可不可以通过服用药物来控制它生长呢？很遗憾地告诉大家，

还真没有药物可以消除和控制它的生长。到底可以用什么方法来治疗肝血管瘤呢？首先要说明，因为它是良性疾病，大多数的血管瘤是不需要治疗的，只需要定期复查，观察它的大小变化就可以。

一般来说小的肝囊肿和血管瘤对人体健康没有多大影响，我们不必紧张，其实在没做彩超之前它已经在我们体内乖乖待了好几十年，只是我们不知道它的存在而已，所以正确认识可以避免不必要的恐慌。只有较大的肝囊肿和血管瘤（5厘米以上）才需要外科手术或介入治疗。

但如果出现下列情况，还是有手术切除的必要：血管瘤较大者。一般认为直径超过5厘米即为大血管瘤，就有手术切除指征；不能排除恶性肿瘤者。虽然大多数血管瘤都很典型，但确实有一部分并不典型，有的伴有AFP升高，有的伴有肝硬化。对这种不典型的，特别是不能排除恶性肿瘤者，“观察”不是上策，必要时应果断选择手术切除方案。

肝血管瘤的传统治疗以外科手术为主，但如果病灶大，位置临近大血管，手术难度极大，还会给患者带来很大创伤。放射介入学是近年来迅速发展起来的一门新学科，集临床诊断和治疗于一体。其方法是在患者大腿根部皮肤上切一约2毫米的小口，以技术手段将精细的导管系统插到肝内血管瘤处，经导管注入相应栓塞药物，将瘤内病变血管填满并缓慢破坏病变血管，最后将瘤体的供血血管堵死，截断其血供来源，使瘤体纤维化、硬化，瘤体可能萎缩变小，患者症状亦随之减轻、消失。

酒精肝

年过六旬的老黄没什么其他爱好，就是贪杯，用他自己的话说，从20岁的毛头小伙子一直喝到现在这个岁数。他最爱喝白酒，而且每天都要喝七八两，床边长年备着白酒，每日清晨必得喝上2两才出门。家人常劝他戒酒，但总是无功而返。最近一段时间，老黄感觉肚子发胀，非常不舒服，于是来到医院就诊。接诊的医生经过一系列检查，发现老黄已经出现了酒精性肝硬化伴腹水，且肝功能严重受损，正处于“肝硬化失代偿期”，这让老黄大惊失色。

► 什么是酒精肝

酒精肝又称酒精性肝病，是由于长期大量饮酒所致的肝脏疾病。酒精肝可轻可重，轻的仅表现为酒精性脂肪肝，一般可逆，而严重的可以是酒精性肝硬化，已经没办法逆转了。

酒精肝过去在欧美等国多见，但近年我国的发病率也在上升。酗酒者中约10%~20%有不同程度的酒精性肝病。

与脂肪肝不同，酒精肝的罪魁祸首就是酒精，酒精肝与喝酒的量和时间明确相关。最开始为酒精性脂肪肝，继续酗酒进而可发展成酒精性肝炎、酒精性肝纤维化和酒精性肝硬化。严重酗酒时可诱发广泛肝细胞坏死甚或肝功能衰竭。

► 酒精肝后果严重吗

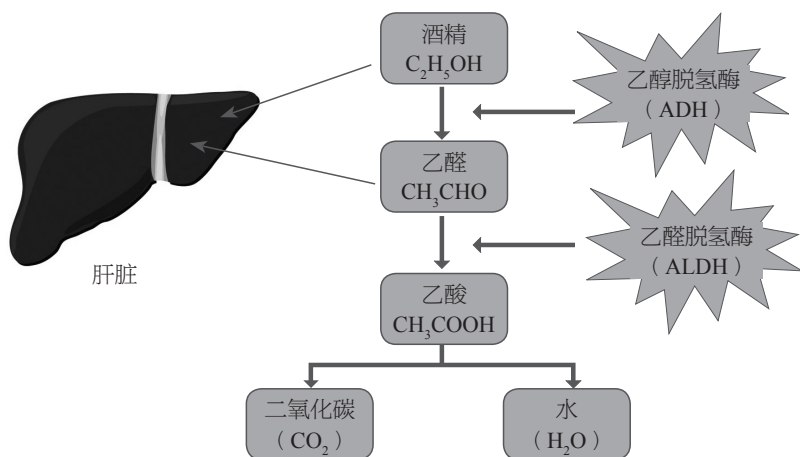
这取决于酒精肝严重的程度，如果仅有酒精性脂肪肝，一般停酒后能痊愈，如果到了酒精性肝硬化，后果不亚于乙肝肝硬化，一样可以出现严重的食道静脉曲张、腹水、肝癌等严重并发症。但如果在发展为肝硬化前就及时停止摄入酒精，仍然能够逆转，酒精性肝硬化戒酒后5年生存率在

50%~60%，若不戒酒5年生存率在30%~40%。

► 为什么有人喝了几十年酒身体还挺好的

很多不愿意戒烟戒酒的人都喜欢找理由，说：“周恩来不抽烟不喝酒，活到78岁。毛泽东只抽烟不喝酒，活到83岁。邓小平又抽烟又喝酒，活到98岁。张学良样样都全占的，活到103岁。”酒精对人体的损害因人而异，差距很大，这就是为什么会出现有的人酗酒活得很好、有的人却患了肝硬化。吸烟也是这个道理，损害是有的，但有人轻、有人重。抱有侥幸心理的人需要好好想想，有什么科学证据表明你们对烟酒就可以耐受？

► 酒精代谢与喝酒脸红的关系



喝酒以后，脸上甚至身上的皮肤很快就变红的人不在少数。不少人认为这是对酒精过敏的反应，其实脸红主要是由于酒精代谢产物在体内堆积，和过敏可没有关系。喝酒脸红不红、是千杯不倒还是一喝就倒主要与体内代谢酒精的酶有关。

喝酒以后，酒精（乙醇）在消化道被吸收进入血液，除了不到10%的量是以乙醇原形由肺和肾排出外，主要的代谢均发生在肝脏。

乙醇进入人体以后，一般首先经乙醇脱氢酶代谢得到乙醛。乙醛会进一步在乙醛脱氢酶的作用下转化为乙酸，乙酸再参与到体内的多个代谢途径中去，最终成为二氧化碳和水，排出体外。

酒精代谢的小知识：喝酒脸红是因为代谢酒精的酶的基因有缺陷，导致酒精不能被快速代谢，有毒的乙醛在肝内累积造成损伤，血液内乙醛浓度升高引起血管扩张、脸红。有约36%的东亚人（日本、中国和韩国人）会出现喝酒脸红的现象。

除乙醇本身具有一定的毒性外，危害最大的就是乙醛了。乙醛在体内滞留的时间越长，对人体的损害就越大。乙醛对肝细胞有毒性，造成肝细胞直接损害，导致肝脏空泡变性，形成酒精性脂肪肝。

► 体检指标

酒精性脂肪肝常有AST、ALT两种转氨酶升高。酒精性肝炎具有特征性的酶学改变，即AST升高比ALT升高明显，AST/ALT常大于2，但AST和ALT值很少大于500活性单位/升，否则，应考虑是否合并有其他原因引起的肝损害。酒精肝的患者多伴有脂肪肝类似的影像学表现，严重的会有肝硬化的表现。

► 治疗与预防

» 治疗酒精肝的首要任务就是戒酒

酒精性肝病的预防远比治疗重要，这是一种完全可预防的疾病：长期饮酒的人应坚决戒酒，不嗜酒的人应控制自己减少机会性饮酒（聚会、应酬等）。酒精肝在治疗的过程中大部分阶段是可以逆转的，需要在发展为肝硬化前控制住，如果已经发展成肝硬化也就走上了不归路，除了肝移植基本没有其他有效的治疗手段。

早期的酒精性脂肪肝患者戒酒4~6周后，病变可能好转甚至恢复正常；中期或晚期患者戒酒可减轻病情，改善症状和转氨酶异常。另外，在戒酒的基础上，增加食物中蛋白质、维生素的含量有助于病情的好转。

药物性肝炎

王大爷患有关节炎，在朋友的推荐下服用中药治疗，服用一段时间后，腿脚似乎灵活些了，于是继续使用了个把月，后来就出现了乏力、吃不下饭的症状，到医院一查转氨酶高得吓人，达到了七八百。王大爷就纳闷了，自己好好的，没有乙肝也没有喝酒怎么转氨酶高得那么厉害，后来与医生交谈后怀疑可能是自己最近在吃的那剂偏方导致的，在医生的建议下停服了，经过一段时间调养，转氨酶恢复了正常，胃口也好起来了。

► 什么是药物性肝炎

肝脏是药物浓缩聚集、转化、代谢的主要器官，尤其是口服药物由胃肠道吸收后即进入肝脏。肝脏负责解毒，但本身也会中毒。由于药物及代谢产物的毒性作用或机体对药物产生过敏反应，对肝脏造成损害引起肝组织发炎的，即药物性肝炎。

药物性肝炎特指因药物或其代谢产物引起的肝脏损害，通常这类患者是以往没有肝炎史的健康者，在使用某种药物后发生了肝脏损害。

目前我们日常生活中接触的药物及保健品已超过30000种，明确可以引起本病的药物超过1000种，因此，药物性肝炎已成为一个不容忽视的严重公共卫生问题。

现在药品种类繁多，很多药物的副作用愈来愈多见，自己又可以买到很多药。因此药物性肝炎发病率并不低，很多人得了可能都不知道。各种品目繁多的中草药制剂，引起药物性肝炎的情况亦非常常见。很多人以为肝“不好”就“补肝”，拼命吃药，结果越补越麻烦，反而补出了药物性肝炎。

► 得了药物性肝炎有什么症状

常见症状有食欲减退、恶心、乏力、肝区不适等。实验室检查最早、最常见的为血清转氨酶升高，亦可因血胆红素增高发生黄疸，其他尚有碱性磷酸酶、谷氨酰转肽酶升高。

药物性肝炎症状与一般的肝炎类似，可以表现为目前所知的任何类型的急性或慢性肝脏疾病。轻者自己没有明显感觉，可能仅有转氨酶升高，大部分患者会有食欲减退的表现，症状严重程度主要与肝损伤程度有关。临床上可表现为各种急、慢性肝炎，还可以表现为肝细胞坏死、胆汁淤积或慢性肝炎等，轻者停药后可自行恢复。重者可能危及生命，需积极治疗、抢救。

药物性肝炎以急性肝损伤为主，占90%以上，少数患者可发生威胁生命的暴发性或重症肝功能衰竭。药物性肝炎可发生在用药超量时，也可发生在正常用量的情况下，诱发剂量的个体差异较大。

► 哪些药容易导致药物性肝炎

为了治疗疾病服用肝毒性药物，这种情况十分多见。如糖尿病患者使用降糖药，结核病患者使用抗结核药，脏器移植患者使用免疫抑制剂等，这些药都对肝脏有损害。

» 抗结核药

抗结核药均可造成不同程度的肝损害，包括异烟肼、利福平、对氨基水杨酸、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、链霉素等，尤其是对利福平应倍加警惕，其可致严重的肝损害而出现皮肤及巩膜黄染甚至死亡。由于抗结核用药必须联合用药，用药往往需半年至1年甚至更长的时间，与其他疾病治疗相比，显然大大增加了患药物性肝炎的概率。因此，医生会结合疾病的具体情况，做到合理联合用药及注意剂量的个体化；而患者则应遵从医嘱，充分认识到定期复查肝肾功能的必要性，切莫擅自更改用药的配方及增加剂量。

» 抗生素及抗真菌药

具有肝损害的抗生素主要包括磺胺类、氯霉素、红霉素等。抗真菌药物具有肝损害副作用的主要有二性霉素B、克霉唑、咪康唑、酮康唑等。

» 抗精神失常药

抗精神病药物如氯丙嗪、奋乃静等，抗抑郁药物如阿米替林等，抗癫痫药物如丙戊酸钠等，镇静药物如苯巴比妥等。

» 中药也有肝毒性

千万别认为中药制剂纯天然而无毒副作用，其实某些中药及其制剂本身就具有肝肾毒性，最明显的就是那些含金属及类金属的中药及其制剂了，如朱砂（含汞）、雄黄（含砷）等。

中药有肝毒性的包括大黄、苍耳子、相思子、野百合、千里光、猪屎豆等。

特别提醒：引起药物性肝炎的药物种类很广泛，中、西药物中都有不少药物有肝毒性。乱用中药导致急性中毒、肝肾衰竭而死亡的案例报道并不少见。

» 其他

解热镇痛药物如保泰松、阿司匹林等，抗甲亢药物如甲巯咪唑、甲亢平等，抗肿瘤药物如丝裂霉素、放线菌素D等，降糖药物如格列本脲、拜糖平等，心血管药物如维拉帕米、阿普林定。

一般说来，能诱发药物性肝炎的药物涉及面广，但应相信，它们在一般治疗剂量下的损肝副作用小而少，除非患者有肝损害的原有基础病，或有过敏体质。会不会发生肝损伤因人而异，不必草木皆兵，知晓即可。在使用这些药物时，医生会替患者防备在先，加用护肝药并密切观察肝功能，切记不要擅自用药。

► 出现了药物性肝炎要怎么办

治疗原则包括立即停用有关或可疑药物（治疗关键）、促进致肝损药

物清除和应用解毒剂、应用肝细胞保护剂、治疗肝衰竭。

1. 立即停用有关或可疑的药物。
2. 卧床休息，配合饮食疗法，补充足够热量、蛋白质、多种维生素（如维生素C、维生素E等）以利肝细胞修复和再生。
3. 根据情况给予相应的解毒剂。在医院有各种“保肝药”，医生会根据病情使用。常见的有：甘草酸制剂类、水飞蓟素类，抗自由基损伤的硫普罗宁、还原型谷胱甘肽、N-乙酰半胱氨酸，保护肝细胞膜为主的多烯磷脂酰胆碱，促进肝细胞代谢的腺苷蛋氨酸、葡醛内酯、复合辅酶、门冬氨酸钾镁，促进肝细胞修复、再生的促肝细胞生长因子，促进胆红素及胆汁酸代谢的腺苷蛋氨酸、门冬氨酸钾镁、熊去氧胆酸等。

► 怎样预防药物性肝炎

药物性肝炎重在预防，不要擅自用药，尤其是以前没接触过的药物。一些人有病不找医生，自己买药吃，但不了解药物的不良反应或服用剂量要求，买来就吃，结果造成肝损害。

避免使用一些成分不明的中草药。补药、中药也是药，很多人以为这些药“温和”，不会有肝毒性，但只要是药，就有可能产生肝毒性。很多人就是因为自己乱吃中药、补药，患上了药物性肝炎。

使用药物前咨询医生该药物的性能和毒副作用，尽量少用或不用对肝脏有毒性作用的药物，既往有药物过敏史或过敏体质的患者，用药时更应谨慎。

胆囊结石与胆囊炎

周总这几年因为做生意，经常大鱼大肉，腰围大大超标，看到朋友们也都如此，便没有在意。可突然有一天他在吃完晚餐后肚子疼起来了，还伴有恶心、发热。他当时以为是胃痛，到医院急诊，被医生诊断为胆囊炎，打了三天吊瓶。

当时周总没有做手术，选择了保守治疗，而接下来的大半年，周总只要一吃油腻食物肚子就疼，甚至恶心。后来医生告诉他，这样会发展为慢性胆囊炎，需要手术才能根治，最终周总在发作的间歇期选择了手术，之后胆囊再也没有犯病。

胆囊结石简单理解就是胆囊里长出了结石，如果待在里面“不闹事”一般没有感觉，如果卡住了胆囊排胆汁的出口就会变成胆囊炎。胆囊结石主要为胆固醇结石或以胆固醇为主的混合性结石和黑色胆色素结石。主要见于成年人，发病率也在40岁后随年龄增长而升高，女性多于男性。

从B超的情况看，结石大小在0.7~0.8厘米的，在未来或长或短的一段时间，出现胆绞痛的潜在风险最大。这种“不大不小”的石头容易卡在胆囊管内，不通则痛，造成胆绞痛。首次胆绞痛出现后，约70%的患者一年内会再发作。所以，多发胆囊小结石的患者，尤其是合并高血压病、糖尿病的（高血压病会在胆囊发炎时加重，糖尿病的患者抗感染能力差，一旦发炎感染不容易控制），建议手术治疗。

► 胆囊结石是如何形成的

胆汁是一种复杂的溶液，在生理状态下，胆汁中的各种成分（胆汁酸盐、胆固醇、卵磷脂）均溶解于胆汁中，只有当这种平衡发生改变或在胆道系统的一些病理状态（如感染）下，才出现不溶解的成分、沉淀或发生结石。

由于胆结石病症的复杂性，其成因目前国内外尚无定论。胆囊结石与多种因素有关，任何影响胆固醇与胆汁酸浓度比例改变和造成胆汁淤滞的因素都能导致结石形成。可以简单理解为胆汁淤积或者浓缩以后，容易形成沉淀，如此反复久而久之便形成了不溶解的结石。

健康提醒：不吃早餐的人容易得胆囊结石

人在早晨空腹时，胆囊内胆汁经过一夜大约12小时的储存，胆汁中的胆固醇饱和度较高。在正常吃早餐的情况下，由于胆囊收缩，使胆固醇随着胆汁排出，同时食物刺激胆汁分泌，造成胆囊内残存的胆汁中的胆固醇饱和度降低，而使结石不易形成。如果不吃早餐，由于空腹时间过长，胆囊内胆汁储存时间过久，导致胆汁中的胆固醇饱和，进而引起胆固醇沉积，逐渐形成结石。虽然导致胆囊结石的原因非常多，不吃早餐只是一方面诱因，但却是很普遍的诱因，因此合理饮食、规律生活才是健康的前提。

► 胆囊结石有什么症状

大部分胆囊结石如果不卡住胆囊出口，一般不产生胆绞痛的症状，称为静止性结石，可有右上腹隐痛、反酸、嗝气、腹胀等非特异症状，在摄取油腻食物后明显。

如果胆囊结石卡住了胆囊口，胆汁排不到胆总管，就会出现急性胆囊炎的症状：胆绞痛和发热。胆绞痛典型的发作是在饱餐、进食油腻食物后或睡眠中体位改变时，由于胆囊收缩或结石移位加上迷走神经兴奋，结石嵌顿在胆囊壶腹部或颈部，胆囊排空受阻，胆囊内压力升高，胆囊强力收缩而发生绞痛。疼痛位于右上腹或上腹部，呈阵发性，或者持续疼痛阵发

性加剧，可向右肩部和背部放射，部分患者因痛剧而不能准确说出疼痛部位，可伴有恶心、呕吐。

95%的胆囊炎都是由胆囊结石引起，但不是所有的胆囊结石都会发展为胆囊炎。

► 检查手段

胆囊结石检查手段以B超敏感性最高，所以做B超是最好的选择。CT发现率没有B超高，因此检查不要盲目追求高科技，而要选择最合适的检查手段。

► 胆囊结石会有什么并发症

对于胆囊多发小结石患者，结石容易卡在胆囊管或直接掉入胆总管，引起急性胆囊炎发作或引起梗阻性黄疸。急性胆囊炎易发展为慢性胆囊炎，个别严重的急性胆囊炎发生时可导致穿孔。梗阻性黄疸就是结石掉入了胆总管，造成胆总管的堵塞，胆汁逆流入血，引起败血症、黄疸、休克等严重问题。另外胆囊癌与胆囊结石亦密切相关。

► 胆囊结石与胆囊癌的关系

虽然胆囊癌病因不明确，但是流行病学显示，70%的胆囊癌与胆结石存在有关，胆囊结石到胆囊癌病程可长达10~15年；胆囊癌合并胆囊结石是无结石的13.7倍，直径3厘米的结石发病是1厘米的10倍，说明胆囊癌的发生是胆囊结石长期的物理刺激，加上黏膜的慢性炎症、感染细菌的产物中有致癌物质等因素综合作用的结果。此外，胆囊癌可能的致癌因素还有：多年以前的胆囊空肠吻合术、完全钙化的“瓷化”胆囊、胆囊腺瘤、胆胰管结合部异常、溃疡性结肠炎等。

► 胆囊结石的治疗

目前国内外广泛开展的手术方式是腹腔镜胆囊切除术，它具有创伤小、痛苦轻、恢复快、安全、并发症少等优点，已基本取代了传统的开腹

胆囊切除术。但急性发作时腹腔镜手术不太安全，发生并发症机会多，大部分医疗机构不主张开展。所以若是急性胆囊炎接受手术治疗，大部分医疗机构会选择开腹胆囊切除手术。因此一般建议患者在无症状无胆囊炎发作时接受腹腔镜手术治疗，或者在患者胆囊炎发作控制后接受腹腔镜手术治疗。

» 无症状胆囊结石长时间不治有什么危害

很多患者患胆囊结石十余年，因为症状并不严重，一直没有予以治疗。然而有研究显示，胆囊癌与胆囊结石的发生存在着极为密切的关系，甚至认为胆囊结石是胆囊癌的癌前病变。所以，无症状胆囊结石虽无明显自觉不适，但并非对人体没有危害，建议定期复查，必要时无症状结石患者仍然需要手术。

» 胆囊结石在哪些情况下需要手术治疗

胆囊结石的治疗方法很多，采用什么方法治疗、什么情况下必须进行手术治疗、选择在什么时间做手术等，不是患者或医生按主观意愿能决定的，应根据客观具体的病情来考虑。

» 治疗胆囊炎，胆囊留不留

胆囊切除对人体健康的影响小。胆汁是肝脏分泌的，胆囊只是起储存和浓缩功能，切除胆囊后原来胆汁分泌量没有明显变化。除了术后短期在进食高脂饮食后部分患者容易出现大便次数增加外，其余较少出现不适，而且一般经过1年后，多数患者的腹泻症状可以通过自身调节而消失。

但有一部分人始终坚信胆囊是身上的一块肉，不愿意把胆囊切了，告诉医生帮他石头取出来，把胆囊留下，这样的手术就是所谓的保胆取石。乍听起来很有道理，但这种手术有一个致命的问题：手术后结石复发问题。保胆后2年的结石复发率，国内外报道均在40%~80%，多数患者会被迫进行第2次手术，而第2次手术会因为第1次手术后发生粘连而增加难度和危险性。若是胆囊已被切除，便不可能再有胆囊结石，所谓“皮之不存，毛将焉附”，达到彻底根治以绝后患的效果。而且很大一部分患者的

胆囊在长期发炎的过程中已经“瓷化”，没有正常的生理功能了，留下来也没有用处，还容易出问题。由此可见，胆囊结石患者坚持选择保胆手术，是没有多大必要的。

» 最适宜的手术时间

急诊手术并不是一个很好的手术时机

大部分患者往往是在胆囊炎急性发作时就诊，渴望马上手术解除痛苦。其实，急性发作时，胆囊及周围炎症水肿比较厉害，不宜手术，而且大部分患者经过正规的消炎保守治疗能痊愈。如果有过胆绞痛的病史，或者有潜在胆绞痛可能的患者，发作间期应手术。一般来说，应在患者胆囊炎发作控制后3个月接受手术治疗，但也不能一概而论，还应根据具体情况与医生讨论。

静息型的胆囊结石不急着手术

如果是静息型的胆囊结石，患者又比较年轻，脂肪餐试验证实胆囊收缩功能良好，超声检查发现胆囊壁厚度正常，患者又不愿意现在就手术，那就暂时不手术。平时注意饮食，不要诱发胆绞痛和胆囊炎就可以了。暂时不想手术的患者，就安安静静地带着结石，大可不必再试用其他的治疗方法。凡试过的人都知道，那些方法多数都是无效的。不要听信报纸、电台的小广告，如果那些方法可行，任何一家正规医院都可以引进他们的药物或疗法。

“高危胆囊”最好切除

胆囊结石患者年龄超过60岁，又是女性，即使是其他的条件都符合保守治疗，最好也要手术。这是因为结石长期刺激胆囊，可能诱发胆囊癌变。在胆囊癌的患者中，女性比男性多，高龄者比年轻人多。不少高龄的老太太因“胆囊结石、化脓性胆囊炎”行手术切除胆囊后，病理检查结果是胆囊癌。

如果B超检查证实，胆囊壁已经增厚，收缩功能不良，或结石已经充满胆囊，那其实就是一个病理的胆囊了。即使不切除，在体内也不起任何作

用，反而是一个有可能诱发其他疾病的根源。

» 胆囊结石手术治疗适应证的10个指征

1. 有症状的、较大的胆囊结石，直径在1厘米以上者。
2. 多发胆囊结石者。
3. 胆囊结石同时胆囊内有息肉者。
4. 发生过急性胰腺炎的胆囊结石患者。
5. 胆囊已经变小，胆囊壁增厚或B超检查胆囊内已无胆汁，提示胆囊已经没有功能者。
6. 胆囊内结石阻塞了出口，胆囊已经肿大者。
7. 胆囊结石出现急性并发症，如急性胆囊炎、胆囊积脓或胆囊穿孔者。
8. 胆囊结石并发慢性胆囊炎或有反复发作者。
9. 胆囊结石合并胆总管结石或有梗阻性黄疸者。
10. 胆囊结石疑为胆囊癌变者。

胆囊结石手术的适应证不是绝对的，要根据患者的具体情况和需求来决定。老年患者如果体质很差，并存在其他严重心肺疾患，手术风险较大，就要谨慎分析手术治疗的利弊得失，医患间充分交流沟通后为患者确定最合适的治疗方案。

► 预防胆囊结石与胆囊炎

在正常情况下，由于胆囊有扩张、收缩、吸收、排空的功能，所以胆汁酸循环呈昼夜性的改变。胆囊的有效收缩和排空可以起到防止形成较大结石的效果。胆囊正常收缩一般不容易形成结石，而在长期禁食、迷走神经切断术后等胆囊的张力改变导致胆汁淤积的情况下，胆囊结石的发生率较高。所以按时就餐的良好饮食习惯对于小的或者未发生的胆囊结石有一定的预防作用。

胆管结石与胆管炎

刘大爷多年前就患上了胆总管结石，虽进行了取石治疗，但病情始终反反复复。近日，刘大爷突然感觉上腹绞痛，随之就出现了寒战、高热和黄疸的症状，这对于胆总管结石老病号的刘大爷来说，很显然是又“中招”了。随即，刘大爷的家人将他送往医院，经肝胆外科检查后发现，刘大爷的确是再次患上了胆总管结石，并且此次发病还伴随着严重的黄疸、发热等症状，情况十分危急，应立即予以治疗。但是，问题却在这时出现了。这些年来，刘大爷前后患上了多次胆总管结石，开了2次刀，刘大爷的身体已经很难再承受开腹手术所带来的创伤了。加之，刘大爷年龄较大，且患有糖尿病等基础性疾病，再次手术的风险非常高。经过讨论研究，综合评估了刘大爷身体实际情况，医生决定不走旧路，另辟新路为刘大爷进行十二指肠镜胆管取石术。最终顺利完成手术，术后，刘大爷胆总管内数颗结石随大便排出，腹痛消失、黄疸消退，未再出现发热等症状。住院一周后，刘大爷身体各项指标均恢复正常，顺利康复出院。

胆管结石可以分为肝内胆管结石和肝外胆管结石，其中以肝外胆管结石为多见。肝外胆管结石指存在于左右肝管分叉以下的胆管结石，包括肝总管结石与胆总管结石。

胆总管结石是指位于胆总管内的结石，大多数为胆色素结石或以胆色素为主的混合结石，好发于胆总管下端。胆总管结石一般有两种来源：胆管本身结石和胆囊内结石进入胆管，分别称为原发性胆总管结石和继发性胆总管结石。在胆管内形成的结石与胆道感染、胆汁淤积、胆道蛔虫密切相关。胆管内结石来自胆囊者，以胆固醇结石多见，为胆囊结石的并发症

之一。

► 症状

较小的胆管结石不一定会出现症状，一般都是在体检时发现，较大的胆管结石会造成胆管阻塞，是否有症状主要取决于有无感染及梗阻。当结石阻塞胆管并继发感染时典型的表现腹痛、寒战高热和黄疸（Charcot三联征）。在开始时有典型的胆绞痛（常有恶心、呕吐），一般有继发感染时会有寒战发热、出汗、黄疸等表现。经过适当治疗后，上述症状可缓解，但又可重复再发。

腹痛：还是“不通则痛”的原理，胆道被胆结石阻塞后胆汁排出不畅，胆道系统压力高，引起疼痛。

发热：胆道被阻塞后胆汁排出不畅，时间久了会继发感染，引起发热，感染源一般来源于肠道内的细菌。如果胆道梗阻不解除，感染会持续加重，严重的可以发展为感染性休克。

黄疸：胆汁不能顺畅排入肠道内，会淤积继而逆流入肝血窦，引起黄疸。

由于胆管结石症状与很多疾病相类似，因此需要更加明确的诊断方法。影像学的检测基本可以明确胆道内结石的位置和数量，主要方法有彩超、CT、ERCP（经内镜逆行性胰胆管造影，这种方式主要是为了在内镜下除去结石）。

► 胆管结石并发症

» 胆管炎

胆管结石最常见的并发症就是急性（化脓性）胆管炎，由于结石引起胆道梗阻，随后胆道内压力升高，黏膜缺血、水肿，细菌进入后引起胆道化脓，引发严重的感染，会有典型的腹痛、发热、黄疸三联表现。

» 胰腺炎

在中国引起胰腺炎最主要的一个病因就是胆总管结石堵塞胰腺和胆道出口，导致具有强力消化功能的胰液排出不畅，在胰腺内自我激活，对胰腺自身及周围脏器产生“自我消化”，胰腺炎轻者需禁食、输液，经保守治疗可以治愈，重者甚至危及生命。胰腺炎在临床上被称为“三要”疾病：要命、要钱、要时间。要命是形容急性重症胰腺炎发病凶险，短时间内危及生命；要钱是指即使挽救了生命，整个治疗费用也十分高昂；要时间是说即使花费巨大、维持了生命，整个住院治疗的时间也比较长，一旦出现严重并发症耗时必将更长。

» 癌变

胆管结石本身是一种良性病变，为何容易诱发胆管癌？这是由于胆内反复出现的炎症、结石长期在胆内摩擦，发生慢性炎症，不断刺激胆管上皮细胞，致使胆道上皮细胞在不断的损伤修复过程中癌变。

胆管结石不仅能诱发癌症的发生，还能误导医生对胆管癌的诊断，干扰患者对胆管癌的认识。现在，有不少患者通过常规体检及早检查出胆管癌，或通过结石手术前体检发现。但是，仍有很多患者是在癌症中后期因出现疼痛症状才发现患上胆管癌的，甚至有的患者误把胆管癌合并的结石当成是单纯的结石病，把食欲差、上腹部隐痛等明显早期癌变症状误认为是胃病，以致延迟发现胆管癌。

► 治疗

胆管结石的治疗现仍以手术治疗为主，包括传统的开腹手术、腹腔镜手术与内镜下取石。内科治疗一般以抗感染和营养支持为主。

» 手术

如果胆管结石堵塞了胆道，胆汁不能顺畅排出就会发生胆管炎，其中有一种急性化脓性胆管炎是比较凶险的疾病，需要急诊手术解除梗阻才能达到治疗的目的。手术治疗的原则是术中尽可能取尽结石；解除胆道狭窄

和梗阻，去除感染病灶；术后保持胆汁引流通畅，预防胆石再发。

» ERCP

以前医院治疗胆管结石的主要办法就是手术，行开腹或腹腔镜胆管探查取石术。在外科治疗全面进入微创化的时代，ERCP的应用让胆管结石治疗出现了更多选择。

ERCP是指内镜下逆行胆胰管造影，就是使用十二指肠镜，通过十二指肠乳头开口逆行做胆胰管的造影和其他操作，诊断、治疗胆胰系统疾病。ERCP通过十二指肠镜将胆管内结石取出，患者不需要开刀，痛苦小，具有安全、有效、简便、并发症少等优点；同时保持胆管系统的完整性及生理功能，目前已成为治疗胆囊切除术后又发现胆管结石的首选方法。

ERCP诊断胆管结石的敏感度及特异度超过95%。在有经验的专家手中，ERCP乳头括约肌切开取石成功率大于90%，使总的并发症发生率低至5%，死亡率小于1%。取出结石通常选择气囊或网篮，大结石或嵌顿结石取石较困难，可以选择机械碎石。取石不成功，应置入胆道支架或鼻胆引流管引流。

胆囊息肉

杨小姐3个月前体检发现胆囊有个息肉（5毫米×3毫米），当时医生嘱咐她定期复查。最近，她复查B超发现息肉已长到9毫米×5.4毫米。由于息肉增长得比较快，医生建议手术摘除胆囊。杨小姐身体很好，没有因为息肉而不适，但害怕切除了胆囊对身体有影响，不愿意接受手术治疗。长了胆囊息肉，切不切呢？

胆囊息肉在正常人群中的发病率是4%~10%，在胆囊切除的标本中占2%~12%。胆囊息肉本身代表了胆囊壁异常的一组病变，可以分为肿瘤性息肉、增生和炎性息肉，其中肿瘤性息肉又包括良性（如腺瘤、腺肌瘤、平滑肌瘤、纤维瘤和脂肪瘤等）和恶性（如腺癌、鳞状细胞癌和黏液性囊腺癌等）。

胆囊息肉之所以需要重视，是因为有的可以发生癌变。在腹部肿瘤中，胆囊癌是癌中之王，而早期发现、早期治疗是提高胆囊癌患者生存率的关键。随着超声体检的普及，有很多早期胆囊癌是在胆囊息肉手术切除时偶然发现的，也就是说早期的胆囊癌有时候和胆囊息肉容易混淆。

► 胆囊息肉一般没有症状

胆囊息肉一般症状轻微，甚至无症状，大部分都是在腹部超声检查时发现的。少数患者有上腹部不适，可伴有腹痛，不适或疼痛部位在右上腹部，少数可伴疼痛向右肩背放射。息肉位于胆囊颈部可出现胆绞痛，在合并结石时可有胆绞痛发作及急、慢性炎症发作的表现。

► 胆囊息肉分类

其实胆囊息肉或胆囊息肉样变只是个笼统称谓，是在影像学检查下的称呼，胆囊息肉具体是好是坏，需要病理检查才能明确。少数息肉和胆囊

癌还是有关系的，在临床上有下列几种情况。

» 胆固醇性息肉

约占65%，又称为假性息肉，目前理论上认为此类息肉是不会癌变的。它外观呈桑葚状，脆而易碎，蒂细如棉线，极易脱落，多在10毫米以内，以多发为主，多位于胆囊体部。大多数胆固醇性息肉患者没有症状或者症状轻微，胆囊功能良好。胆固醇性息肉和饮食有关，高胆固醇饮食或有脂肪肝的患者容易得。

对胆固醇性息肉患者的建议：禁酗酒、饮食要规律、要吃早餐、坚持低胆固醇饮食。胆固醇摄入过多（蛋黄、肥肉、无鳞鱼类、动物内脏等）可加重肝胆的代谢引起多余的胆固醇在胆囊壁结晶、积聚和沉淀，从而形成胆固醇性息肉。此类息肉若小于0.5厘米且数量少，可试试服用药物治疗。对于1厘米以下的胆固醇息肉可以每6个月到1年定期复查B超，观察其大小、形态、数量的变化。

» 非胆固醇性良性息肉

约占30%，又称为真性息肉，主要是指胆囊腺瘤、腺肌瘤、炎性息肉、腺瘤样增生。其中炎性息肉是由长期胆囊结石刺激合并慢性胆囊炎形成的。胆囊腺瘤是一种良性肿瘤，是癌前病变，癌变率在30%左右。腺肌瘤、腺瘤样增生也有癌变危险。此类型患者药物治疗无效，不建议保胆及药物治疗，建议行胆囊切除手术。

» 息肉型早期胆囊癌

约占5%，其实这种类型严格意义来讲已经不是我们所说的胆囊息肉范畴了。目前对于混杂在胆囊息肉中的息肉型早期胆囊癌仅靠B超难以鉴别，必要时要做薄层增强CT或MRI增强扫描。癌性息肉的B超特征为：约80%以上大于10毫米且单发，约70%位于胆囊颈部，约有一半伴有胆囊结石。一旦怀疑此种病变应尽早进行手术治疗。

► 看懂检查单

多数情况下，通过B超检查能够早期判断胆囊里的东西是结石还是息肉，对于数量、形态、大小的敏感度甚至高于CT和核磁。但要进一步明确息肉的类型和性质，特别是上边提到的后两种类型，可能就需要做薄层增强CT或MRI增强扫描帮助诊断。诚然，有时靠这些检查也不能100%确定，需要医生综合患者情况判断了。有些息肉性质不能确定，甚至需要3个月复查一次B超，密切观察。

经常有患者拿着超声检查报告来到诊室咨询，其实，超声报告描述的只是“胆囊息肉样病变”。所谓“息肉样”，就是说像息肉，而不一定是息肉。例如，临床上常见的胆固醇结晶或者泥沙样结石在黏稠的胆汁包裹下，如果粘在胆囊的黏膜皱襞上，就可以形成隆起于黏膜表面的小突起，很像息肉，却不是真正意义上的息肉。它们往往是多发的，通常不需要处理。但如果是真正的息肉，则应该引起足够的重视。

实际上，胆囊息肉很难通过超声明确它的病理性质，而对于1厘米以下的息肉，有时候CT和核磁也无法区分良恶性。目前，临床上常用的指征是息肉长大于1厘米，这是基于以往的临床观察，认为息肉大于1厘米癌变的概率就要显著增加。然而也有研究显示，40%的恶性胆囊息肉可以小于1厘米。美国胃肠及内镜医师协会（SAGES）的指南甚至提倡对大于5毫米的息肉进行手术治疗。

可见，多大的息肉需要手术目前并没有统一标准。因此，临床医生对息肉的诊治很大程度上需要结合多种因素综合考虑。但是，如果胆囊息肉患者具有危险因素（如伴结石、迅速增大、单发、有症状、先天胆管异常，以及女性、60岁以上的患者），应该适当考虑尽早手术切除胆囊。当然，得了胆囊息肉也不用紧张，医生会根据情况给出最适合的诊疗方案。

► 胆囊息肉的处理

通常胆囊息肉没有症状，在超声检查前它可能已经在肚子里待了很

久，只要不恶变或者合并胆囊结石、胆囊炎等就不必处理，观察就可以。

有人会问吃药可以治疗胆囊息肉吗？对于多发胆固醇性息肉，有些药物能在一定程度上缓解合并慢性胆囊炎的症状，对于有些小于5毫米胆固醇结晶或预防新发者可能有一些效果。但药物对于真性息肉无效。

► 哪些胆囊息肉容易“变坏”

通常胆囊息肉的诊断和发现主要靠超声检查，不能像胃肠镜那样对可疑息肉做活检，“好坏”的判断主要靠观察胆囊息肉的形态和随访。

“容易变坏”的胆囊息肉：基底宽、不带蒂、单发、超过1厘米、短期内增大或者逐渐增大、50岁以后出现、合并有胆囊结石或者胆囊炎者。这几种情况的胆囊息肉容易出问题，变成胆囊癌的风险高，建议手术切除胆囊以绝后患。

如果是个头不大（小于1厘米），多发、基地窄、带蒂的这类胆囊息肉相对来说不容易“出事”，只要每年随访就可以了，没有变化就不管它。应每6个月B超复查1次，如果有情况变化再行处理。

像案例杨小姐的情况，3个月时间内，息肉就长了近4毫米，又是单发病变，因此建议手术摘除胆囊。一般认为，胆囊息肉是胆囊癌的诱发因素。

胆囊息肉的手术治疗要考虑两个方面，一方面是为了防止癌变或癌的漏诊，这主要是指前面提到的后两种息肉类型。另一方面是针对症状，若症状用药不缓解，继发慢性胆囊炎影响正常工作和生活，且可以排除胃病等其他因素引起者可以考虑胆囊切除。

胰腺炎

晚上9点多，老董刚吃完年夜饭，两个最要好的兄弟提着两瓶好酒来到老董家，要陪他守岁，老董二话没说就上了酒桌。因为心情好，老董喝得特别痛快，半小时不到，一瓶酒已经见底，满满一大碗红烧肉也被消灭得差不多了。晚上11点多，大家正津津有味地看着电视，老董突然觉得腹部和左腰背部剧痛难忍，还恶心难受。家人立即将他送往市中心医院抢救。在医院老董被诊断为重症胰腺炎。通过抢救，老董捡回了一条命，但是检查结果显示，老董不仅患有胰腺炎，还有胆结石，他的胰腺炎就是胆源性胰腺炎。

胰腺是人体消化器官的一部分，参与人体的消化过程，人体摄入的蛋白质、脂肪等，都需要由胰腺分泌的胰液来消化。此外，胰腺还有内分泌功能，分泌胰岛素，参与人体对血糖的调控。大家都知道，如果胰岛素分泌不足，人的血糖就会升高，就会患糖尿病。但胰腺炎发生可不止是损伤胰腺那么简单，胰腺炎产生的严重损伤会导致对整个机体的打击。胰腺炎轻者禁食、输液，严重者开刀、进ICU；重症急性胰腺炎死亡率很高，即使侥幸过了鬼门关可能也要经常和医院打交道了，对身体是一种巨大的打击。

急性胰腺炎分为轻症（水肿型）和重症（出血坏死型）两种，临床上轻症患者约占90%，重症只占10%。轻症和重症胰腺炎的病情和预后都不相同。出血坏死型胰腺炎特别凶险，患者常发生中毒性休克和多器官功能衰竭，表现为烦躁不安、呼吸急促、脉搏细数、血压下降、四肢厥冷和少尿，可发生猝死。

► 得胰腺炎的常常是哪些人

急性胰腺炎在各个年龄段都可以发病，最多见的人群是青、中年人，

常见诱发因素有肥胖、饮酒、暴饮暴食，另外胆结石引起的胰腺炎也并不少见。儿童发病多由于病毒感染引起。孕妇常由于高脂肪食物或者暴饮暴食出现重症胰腺炎发作。这些人群如果出现急性腹痛、恶心、呕吐等症状，应及时到医院就诊。

► 诱发胰腺炎的因素

胰腺炎有多种致病危险因素，国内以胆石症为主，称胆源性胰腺炎，而西方国家主要与过量饮酒有关。胆源性胰腺炎是由于胆汁的排泄口胆总管和胰腺的腺体开口有一个共用的胆总管壶腹部，胆结石等原因常导致胆总管发生痉挛或阻塞，而引起胰液排出受阻，胆汁连同细菌（绝大多数胆结石都合并感染）可一同反流到胰管内，导致胰酶原激活，特别是胰蛋白酶原，使之成为消化作用很强的胰蛋白酶，导致胰腺对自身消化，从而引起胰腺炎。

除了酒精直接对胰腺的损伤，大量喝酒会使胰腺分泌旺盛、蛋白浓度增高，导致胰腺分泌的管道堵塞，诱使胰酶提前激活，原本用来消化那些吃进去的“大鱼大肉”的活化胰酶转而开始消化自身组织，导致胰腺自身坏死，还可以继发感染。另外酒后的呕吐导致胰液流出受阻，十二指肠液反流激活胰酶等都容易导致急性胰腺炎。

大量喝酒后暴食易诱发急性胰腺炎。虽然大家觉得喝酒这么多次都没事，但还是要提醒酗酒者越喝酒“出事”的风险越高。重症急性胰腺炎的死亡率极高，因此切忌暴饮暴食、大量酗酒，尤其肥胖、患有肝胆疾病的人群更应限酒。

► 出现什么样的不适要警惕胰腺炎

上腹部急剧疼痛是胰腺炎典型的发病症状，约95%的患者表现为上腹或左上腹持续性剧痛或刀割样疼痛，而疼痛常出现在饱餐或饮酒后；同时，还常伴有腹胀、恶心呕吐、吐后疼痛不缓解、因腹痛身体呈蜷曲状等症状。

抽血检查可发现血象、血和尿淀粉酶、血脂肪酶升高，B超、CT检查

可进一步确诊。

» 腹痛

腹痛是胰腺炎最主要的症状，常在饱餐或饮酒后发生。不同于其他腹部疾病导致的轻微疼痛，胰腺炎引起的腹痛极为剧烈，多为突发性上腹或左上腹持续性剧痛或刀割样疼痛，难以忍受。由于胰腺横贯于上腹部，这种腹痛有时表现为上腹、腰背部呈束带感，如同“收紧的皮带”一般。腹痛一阵阵地加剧，可因进食而增强，并可波及全腹部。疼痛在弯腰或坐起前倾时可减轻。

» 恶心呕吐

2/3的患者有此症状，而且发作频繁。酒精性胰腺炎患者的呕吐常于腹痛时出现，胆源性胰腺炎患者的呕吐常发生在腹痛之后。与一般胃肠道疾病不同，胰腺炎呕吐之后腹痛缓解不明显，这是胰腺炎的一大特点。

» 黄疸

患者可以出现不同程度的黄疸，也就是眼睛、皮肤发黄，其原因可能是存在胆管结石，引起胆管阻塞；或肿大的胰头压迫胆胰管的“共同通道”。黄疸越重，提示病情越重。

» 发热

胰腺炎发作时，大量的炎症因子和毒性物质释放，可以使患者发热。若病情得到控制，一般3~5天后体温逐渐下降。

► 住院治疗

1. 不论哪种类型的胰腺炎首要治疗措施都是禁食，因为进食会诱发胰腺分泌胰液，在胰腺炎发生时若再分泌胰液会加重病情。

2. 静脉补充水分和热量有助于维持水、电解质平衡，纠正低钙血症和酸中毒等。

3. 预防性使用抗生素、用药抑制胰液分泌、外科手术探查和引流等。由于胰腺炎容易继发感染，通常会使用抗生素来预防和控制感染；用药抑

制胰液分泌有助于炎症恢复，急性胰腺炎尚可应用中药治疗。严重坏死型胰腺炎药物治疗无效时须行手术治疗。

► 恢复治疗

急性胰腺炎得到控制后，应逐步恢复饮食，开始时要喝些流食如米汤、菜汤、水果汁等。如无疼痛或不适，可再吃些粥、豆腐和不含油的菜泥。恢复期间要减少油脂类和蛋白类食物摄入。一般禁食油腻食品两周到一个月，蛋白质不能进食太多，一天最多吃一个去蛋黄鸡蛋。恢复正常饮食后，暴饮暴食尚可诱发急性胰腺炎。

► 预防

对于绝大多数人来说预防发生胰腺炎才是更重要的，如何预防急性胰腺炎的发生呢？方法其实很简单，就是切勿暴饮暴食，控制进食脂肪类食物，适量饮酒，管住嘴，迈开腿。

另外我国不少胰腺炎是由胆囊结石或者胆管结石诱发的，尤其是胆管结石会反复地通过胆道排出，引起Oddi括约肌的痉挛而造成阻塞，从而诱发急性胰腺炎的反复发作。防治胆道病变或结石显得尤为重要，及时治疗胆管结石，可以避免引起胆源性胰腺炎。有胆管结石、胆囊结石的朋友更应该避免暴饮暴食。

第七章 消化系统肿瘤认识与防治

饮食与消化肿瘤

随着生活的不断改善，人们对饮食的需求和喜好也在发生变化。我们国家由以大米、蔬菜等纤维素、植物为主的饮食模式，逐渐向发达国家的肉类、鱼类、奶类等高蛋白和高能量的饮食模式过渡，大肠癌的发病率在不断增高。

在这个过渡过程中，会发生一些慢性疾病，比如肥胖、脂肪肝、冠心病、高脂血症等。值得注意的是，还包括肿瘤。现在认为，很多饮食习惯，包括一些食物过量食用或者不科学食用，是会导致肿瘤的。比如说西方国家常的肿瘤——前列腺癌、乳腺癌、大肠癌，就跟西方的饮食模式——大量的脂肪、大量的蛋白质等过度摄入有关。高脂饮食增加结肠中胆汁酸和中性胆固醇的浓度，胆汁酸经细菌的作用可生成3-甲基胆蒎类潜在致癌物质，胆固醇也可经细菌作用被芳香化而形成致癌物质。饮食结构改变带来的影响是多方面的，因此对于中国来讲，过去在发展中国家常发生的，比如食管癌、肝癌、胃癌，发病率现在还没有完全下降；随着生活的变化，一些“新”肿瘤又悄悄来了，以大肠癌为代表的肿瘤发病率正在逐渐增高。

早期发现恶性肿瘤

消化系统是恶性肿瘤好发的部位，可能与其直接接触各种有毒有害物质有密切关系。消化系统恶性肿瘤占人体所有肿瘤一半以上，是发生肿瘤最多的一个系统，常见的消化系统肿瘤包括食管癌、胃癌、大肠癌、肝癌、胰腺癌、胆囊癌等。

肿瘤的早期发现一直是肿瘤治疗的重点，除了不断更新检查手段和方法来尽量早期发现肿瘤的踪迹外，个体健康教育、肿瘤预防意识的普及也非常重要。毕竟光有先进的技术若不去检查也发现不了，即使发现也有可能太晚。

恶性肿瘤之所以难治，很大一部分原因是未早期诊断。其主要原因有：很多消化道肿瘤早期都没有明显症状，可能仅有轻微不适感，而出现明显症状时却已经是中、晚期了；一般百姓医学知识匮乏，不能正确解读肿瘤早期发出的信号；还有许多患者不是未感到身体不适，而是由于经济或工作上的原因小病拖大病，大病拖重病，最后才往医院抬。

进行健康教育、知识普及，提高民众的健康意识和主动预防肿瘤的意识，利用现有的医疗手段就可以大大提高早期发现肿瘤的比例。如果民众能读懂肿瘤信号、有主动预防的意识，就会主动到医院体检。

要重视一些肿瘤早期的“蛛丝马迹”和“预警信号”，并积极面对。因为从出现这些不起眼的“预警信号”到疾病彻底爆发可能有一年或者几年的时间，这个时间段往往是能不能根治的最后期限。如果忽视了这些不起眼的身体不适感，错过了治疗的时间段，可能会带来很多的“后悔莫及”。

► 宣传教育的作用

以美国大肠癌防治为例：美国50~75岁年龄段的人群中，结肠癌筛查比例2002年为52.3%，2010年增加到了65.4%。2003~2007年发病率每年降低3.4%，死亡率每年降低3.0%。35个州发病率明显下降，49个州死亡率明显下降。从2003~2007年减少了66000例结肠癌新发病例，减少了32000例结肠癌死亡病例。

死亡率降低的原因包括：筛查率提高，贡献了大约50%；危险因素减少，如吸烟和肥胖减少等贡献了35%；治疗方法提高，贡献了12%。发病率和死亡率下降很大程度归功于筛查宣传教育得当。

食管癌

老林今年68岁，一个月前发现在吞咽粗硬食物时喉咙不适，有哽噎感，一开始他没有在意，后来发现哽噎感越来越明显，他每天就只能喝点米汤。老林到医院一检查，发现已经是中晚期食管癌了。

原来老林平素喜食滚烫的潮州粥，又爱喝热腾腾的功夫茶，咸鱼和各种腌制海鲜也是他的最爱。可他的这些爱好和食管癌发病有千丝万缕的关系。

食管癌是常见的消化道肿瘤，全世界每年约有30万人死于食管癌。我国是世界上食管癌高发国家之一。

食管是一条由平滑肌组成的狭长管道，主要功能就是输送食物。食管癌就是在这条狭长通道上长出的肿瘤，晚期严重的食管癌患者甚至连一口水都吞不下去，十分痛苦。

► 食管癌的一般症状

食管癌主要的症状为食物咽下受阻。食管癌的早期症状比较轻微，难以察觉也很容易被人们忽视，晚期会产生比较明显的症状，主要是食管肿瘤已经导致管腔严重阻塞，或者肿瘤侵犯食管外的神经，或者是肿瘤已经出现了食管以外部位的转移而引起症状。等出现了这些症状时再来就医往往已经错过了最佳的治疗时机。

» 典型症状：进行性咽下困难

进行性咽下困难是中、晚期食管癌最典型的症状，开始为固体食物不能顺利咽下，或用汤水冲后咽下，继之半流质饮食也同样受阻，最后水和唾液也不能咽下。一般来说，食管壁富有弹性和扩张能力，只有当约2/3的

食管周径被癌肿浸润时，才会出现咽下困难。如癌肿伴有食管壁炎症、水肿、痉挛等，可加重咽下困难。阻塞感的位置往往符合癌肿部位。

» 其他症状

疼痛：胸痛或背部疼痛是中、晚期食管癌常见的症状之一，疼痛为钝痛、隐痛或烧灼痛、刺痛，可伴沉重感，胸背痛往往是癌瘤外侵累及邻近器官、神经及椎旁组织所致。

吐黏液：食管病变引起的食管不全或完全梗阻，使分泌物引流不畅，积于食管狭窄上部，刺激食管逆蠕动后吐出。

颈部、锁骨上肿块：这是晚期食管癌常见体征，可进行性增大，质硬，也是远处淋巴结转移的表现。

声音嘶哑：当肿瘤直接侵犯或转移灶压迫喉返神经时出现声带麻痹，导致声音嘶哑，一部分患者可因治疗有效使声嘶好转。

出血：癌组织坏死、溃破或侵及大血管引起呕血或黑便。

► 患食管癌高危因素

现代医学研究表明，食管癌的发生与亚硝胺慢性刺激、炎症与创伤、遗传因素以及饮水、粮食和蔬菜中的微量元素含量有关。

» 饮食习惯

长期吃热烫食物，食物过硬而又咀嚼不细等与食管癌的发生有一定关系。食道表面有一层覆盖着鳞状上皮的细胞，长期吃过烫食物，食管上皮会周而复始地损伤黏膜，往往黏膜还没修复好，又遭重创。在修复过程中，受到吸烟、喝酒等因素刺激，食管黏膜有可能会发生异型性改变、不典型增生，继而出现变异，导致癌变。

» 长期接触致癌物质

腌制食品如咸菜、咸鱼、咸肉、鱼露、虾酱等食物中，亚硝酸盐含量很高，而且在腌制过程中常有真菌污染，真菌在体内促使亚硝酸盐和食物

中二级胺含量增加，产生很强的致癌物质——亚硝胺类化合物。过量食用这类食物，会导致胃、肠、胰腺等消化道癌变的概率升高。另外长期吸烟和饮烈性酒也与食管癌发生密切相关。

» 遗传因素

人群的易感性与遗传和环境条件有关。食管癌具有比较显著的家庭聚集现象，高发地区连续三代或三代以上出现食管癌患者的家庭屡见不鲜。

» 癌前病变及其他疾病因素

如巴雷特食管、慢性食管炎、食管黏膜损伤、食管溃疡、食管白斑等被认为是食管癌的癌前病变或癌前疾病。

► 食管癌治疗原则

与大部分肿瘤一样，食管癌的早期治疗效果良好。早、中期的食管癌患者，主要以手术治疗为主。如果是局部晚期（中期）食管癌则不宜手术，以综合治疗为主，包括放疗、化疗、对症治疗等，5年生存的概率在30%左右。

另外随着内镜技术的提高，一些微小的早期食管癌已可以不开胸（即不需要外科手术），仅在胃镜下即可切除治愈，内镜下切除对患者创伤小，一周后即可出院，可谓简便、经济，对生活质量影响很小。内镜下切除早期食管癌创伤小，但须把握好适应证，不是所有的早期食管癌都可以行内镜下切除，部分患者还是需要手术才能根治，不要因为单纯追求微创而牺牲根治的机会。

姑息治疗：如果肿瘤已经到晚期，手术无法完全切除，但患者因肿瘤堵塞食管无法进食，不治疗就要活活饿死，这种情况临床上经常遇到。此时可以选择以缓解症状为目的的治疗方法，比如可以应用食道支架扩张、疏通食道，让患者至少可以进食，提高生活质量。

► 食管癌如何早发现

食管癌的早期症状比较轻微、难以察觉，很容易会被人们忽视，但还是可以发现疾病的踪迹的，关键需要有这方面的知识和意识。如果出现咽下困难这些可疑症状或者预警信号，不应忽视，应该去医院明确这些症状是食管癌引起的还是其他疾病导致的。

半数以上患者从症状出现到确诊的时间在一年以上，有些则长达四年之久，这都是自己争取来的时间，医生没办法帮助你尽早去医院检查，只有对食管癌早期症状有了认识和警惕才能做到。

食管基底细胞由重度增生到癌变的过程大约需要1~2年的时间；早期食管癌变成晚期浸润癌，通常需要2~3年，甚至更长时间；个别病例甚至可“带癌生存”达6年以上。如果平时多做一些检查更早地发现、关注、处理便可以斩断食管癌发展的机会。上了年纪的人，尤其是高危人群，需要有这方面知识，并且重视，科学理性地对待，既不要太恐慌也不要“自我麻痹”。如果出现食管内异物感，吞咽时和吃干硬食物时明显等特征性的症状，一定要去医院做一次内镜检查，以防万一。

► 预防

与其提心吊胆地担心自己会不会得食管癌，不如选择更“上策”的方法预防：避免一些不良的生活习惯和饮食习惯，主动避开种种致癌的高危因素。

虽然目前没有明确病因和有效的预防手段，但目前研究表明做好预防工作，可以减少疾病发生的可能。在高发地区应该对百姓加强宣传教育和定期针对性的体检（胃镜、脱落细胞学检查），争取早期发现和早期治疗，将损失降到最低。

建议一：注意饮食

避免食用隔夜蔬菜、腐烂水果、发霉的粮食、市售的咸鱼咸肉和腌菜，以及煎、炸、烤食品，不吸烟，不酗酒。食用真菌污染的食物也会增

加人们患癌的风险。在每天的饮食中摄入足够的植物性食物，蔬菜、水果、谷类和豆类应占2/3以上。

建议二：保护好食管

食管是一切饮食必经之路，要是狼吞虎咽会使食管受损，因此应避免吃过热、粗糙、过硬和刺激性强的食物，吃饭时应细嚼慢咽。

建议三：改良饮水

有调查发现，有些地区不卫生的饮水是致癌性亚硝胺及亚硝酸盐进入人体的主要来源，所以经过滤过和消毒的自来水水质比较符合健康要求。

胃癌

50多岁的何先生因“上腹痛、泛酸一年多”到某县级医院就诊，医生开了几种治疗胃溃疡的药。从那开始，何先生先后多次到该医院开口服药进行治疗，但疗效并不明显，医生建议何先生做胃镜检查，但何先生因惧怕便耽搁了。去年5月，何先生胃部症状加重，不得已到市里的三甲医院就诊时才做了胃镜检查，通过取活体组织检查发现了癌细胞。遗憾的是，何先生的胃癌已经到了第四期（即晚期），癌细胞多处远端转移，基本失去治疗价值。因确诊太晚，没过多久，何先生便离开了人世。

何先生就是典型的因在胃癌早期给自己戴上胃炎、溃疡病、消化不良的帽子，错过了治疗胃癌最佳时机的例子。其实还有很多没有基础胃病的人因害怕做胃镜检查，胃部不适就随便吃点胃药，致使早期胃癌拖成晚期，非常可惜。此病例给我们的启示就是别把早期胃癌当作普通胃病。

► 胃癌概况：全世界一半以上的胃癌患者在中国

胃癌发病全世界主要集中在三个国家：中国、韩国和日本，这三个国家的胃癌加起来占全球总数的2/3，而我国无论是发病的绝对数还是相对数都是比较多的，并且以中、晚期胃癌为主。

我国的胃癌发病率低于日本，但形成鲜明对比的是，日本虽然发病率高，死亡率却远远没有我国高。为什么会有这样的反差？因为我国对于胃癌的防病意识以及胃镜检查普及程度大大落后于日本及欧美等发达国家。日本的胃癌患者，90%以上是早期患者；而我国确诊为胃癌的患者中，近90%的人属于进展期或是晚期。我国胃癌死亡率高的主要原因就是发现得太

晚了，失去了最佳的治疗时机。因此要提高生存率，必须重视早期发现。

► 胃癌的症状

早期胃癌患者80%没有症状，少数患者即使有症状，也是一些非典型性的，如食欲不振、腹部不适等，这些症状极易与胃炎、胃溃疡等胃病相混淆。医学上，常把以下症状看作胃癌的警示信号。

» “老胃病”出现的疼痛性质、规律改变

80%以上的早期胃癌患者会出现上腹部疼痛的症状，这也是麻痹我们的原因之一，以为胃病就是这样，不去检查，也不重视。约有1/4胃癌患者的疼痛规律与消化性溃疡相同，而老年人痛觉迟钝，胃癌的早期症状多表现为腹痛，若腹痛经常复发，或间隔时间愈来愈短，则应引起警惕（比如原来每次都是吃饱疼，晚上睡觉不疼，如果突然出现了晚上睡觉也持续地疼就要重视了）。

长期患有胃病的患者（尤其是50岁左右的男性患者），如果近期上腹部疼痛的性质和规律发生了改变，且经过2~3个月的系统治疗后仍无明显好转，均应提高警惕，并尽早到医院进行相关检查。

» 没有胃病的突然出现不能缓解的腹部不适

这些不适症状包括胃部闷胀、食欲不振、消化不良，伴有泛酸，且多没有诱因，口服药治疗效果不好，或者时好时坏，症状呈进行性加重。

约有1/3的胃癌患者自觉上腹部胀闷不适、食欲不振、消化不良或伴有泛酸。普通胃病往往在发病前有明显诱因，比如喝酒、吃冷饭、喝冷饮等，如果没有明显诱因而出现胃部不适，应该警惕。

» 短时间内体重下降

有1/3左右胃癌患者没有明显的消化系统症状，但可能出现不明原因的体重减轻、明显消瘦和疲倦无力等情况。

如果恶性肿瘤长在胃部的隐秘处或远离胃的功能区，即使长到很大甚

至已经转移，可能也不会出现症状。此种胃癌可能不会有明显的胃部症状，但因为肿瘤在成长过程中不断和人体争抢营养，患者的体重会明显下降。

» 出血、不明原因的贫血

出血包括呕血、便血、黑便。所以，当发现大便变黑、便血，不得有半点的怠慢，应赶快到医院检查，查清出血的真正位置（胃、肠都有可能）。胃癌导致胃部出血可能不是那么快、那么多，没有明显黑便，有些人不易察觉到。不少病人是以不明原因的贫血为首发症状就诊的，最终才查明出血原因是胃里长了肿瘤。

► 胃癌的治疗

胃癌的治疗包括手术切除、内镜下切除、化疗、放疗以及综合治疗。

首选治疗是手术切除，手术切除已经被证实为治疗胃癌最有效的手段，一般来说早期胃癌单纯手术就可以达到根治的效果，中期胃癌手术后推荐进行辅助化疗，提高生存率，而晚期胃癌则要根据具体情况来综合选择治疗方法。

与食管癌一样，早期胃癌有机会通过内镜下剥离切除病灶达到治疗目的，避免了开刀的痛苦，但前提是建立在能早期发现的情况下。

晚期胃癌会出现出血或梗阻等并发症，这种情况下可能还需要手术干预，解决出血和梗阻的问题。

► 胃癌的高危人群和高危因素

» 胃癌的发生与饮食、生活习惯有关

虽然胃癌具体的病因还不明确，但吃什么、怎么吃与胃癌的发病密切相关。长期食用酸菜、咸菜、咸鱼、咸肉等盐渍食物容易诱发胃癌，主因是这类食品中含有大量亚硝酸盐。亚硝酸盐与食物中的氨基酸和低级胺类发生反应，可形成具有致癌性的亚硝胺物质，从而增加胃癌的发病风险。

我国西北地区人群胃癌高发，这与他们爱吃腌肉、腌菜不无关系。盛

产烟熏肉的湖南地区胃癌发病率也不低，主要与烟熏烤食物时燃料不完全燃烧产生大量的多环芳烃有关，其中很多都具有致癌性。广东地区虽然整体胃癌发病率不算高，但东部潮汕一带因为有吃咸鱼、腌菜的习惯，胃癌发病也较突出。

» 胃癌的高危人群有以下几类

1. 慢性胃病患者：慢性萎缩性胃炎、肠上皮化生患者。
2. 胃溃疡、胃息肉久治不愈患者。
3. 有胃癌家族史。
4. 40岁以上胃病久治不愈患者、幽门螺杆菌阳性所致的各种胃病患者。
5. 生活方式不健康者：常吃被真菌污染粮食，常吃腌制、熏、烤、腐烂变质食品，吸烟嗜酒，长期熬夜加班，爱吃烧烤、腌制食品等的人群。

► 胃癌如何预防

由于胃癌的病因还不清楚，因此要有效预防胃癌还比较困难。一般来说，可以通过避开高危因素来预防，比如少吃过咸、过热食物，少吃腌肉、腌菜、熏鱼，戒烟戒酒，多吃新鲜蔬菜水果；另外有胃癌家族史者或者其他高危人群更应积极治疗慢性萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉，根治幽门螺杆菌，降低胃癌发生的风险。

相比如何预防，目前我们更容易做到的是早期发现，日本的胃癌发病率其实比我国高，但是死亡率却比我国低，主要是因为其早期发现做得好。因此早期发现是立竿见影提高胃癌生存率的方法。

► 如何早期发现

胃癌比较难通过症状来早期发现，与食管癌不同，因为食管比较狭窄相对容易在肿瘤较小时就出现症状，而胃腔很大，很难在早期就出现症状。一般出现症状时都在晚期，主要通过定期检查来发现。虽然早期胃癌常常没有特殊的临床症状，甚至没有任何症状，很难通过CT、抽血等手段

发现，但提高早期发现率并不是不可能的。目前胃镜是早期发现胃癌的最好办法。

医生建议胃癌高危人群至少每年进行一次胃镜检查，最好每年定期复查，防患于未然；萎缩性胃炎、肠上皮化生都有较高概率发展成胃癌，体检时发现这两种病的人要特别当心。建议这些人在治疗的同时每2、3年做一次胃镜，及时掌握病情变化、有效采取措施。

建议普通人群45岁以上者每年也做一次胃镜检查，若无癌前疾病、幽门螺杆菌等异常，3~5年内一般不需再做检查。每个人的耐受能力不一样，如果比较敏感的人，可以选择无痛胃镜，现在许多医疗机构都有这个项目。胃癌的症状没有特异性，如果不做胃镜的话，很容易被误认为是胃肠炎、胆囊炎等疾病，错失治疗良机。

大肠癌

大肠癌是世界上最常见的癌症之一，是起源于大肠上皮组织的恶性肿瘤，包括结肠癌、直肠癌和肛管癌。随着经济的发展，人们生活方式以及饮食结构也随之改变，大肠癌的发病率在不断增高。我国每年新发病例已超过17万，并以年均4%的增幅不断攀升。

可喜的是随着多年研究，大部分大肠癌已经是“可防可治”的病了，相比其他恶性肿瘤，大肠癌的诊断和治疗现如今已取得了明显进步。I期大肠癌患者接受手术治疗后，90%以上的患者能治愈，II期患者5年的生存率可达70%~80%，而III期患者5年生存率却多在50%以下，IV期患者5年生存率则不到10%。越早治疗才会有越高的生存率。从数据可以看出如果大肠癌错过早、中期的治疗，到了晚期治疗效果偏差。

► 大肠癌的症状

早期大肠癌常无明显症状，随着癌肿的增大与并发症的发生才出现症状。主要症状有以下几个方面。

» 排便习惯与粪便性状改变

常为最早出现的症状，多表现为排便次数增加，腹泻、便秘，或腹泻与便秘交替；有黏液便、血便或脓血便，里急后重，粪便变细等。

» 腹痛

这也是本病的早期症状，由于癌肿糜烂，继发感染刺激肠道，表现为定位不确切的持续隐痛，或仅为腹部不适或腹胀感。因病变可使胃结肠反射加强，可出现餐后腹痛。大肠癌并发肠梗阻时腹痛加重或为阵发性绞痛。

» 腹部肿块

大肠癌腹部肿块以右腹多见，肿块质硬，呈条索状或结节状。

» 肠梗阻症状

一般为大肠癌晚期症状，多表现为低位不完全性肠梗阻，可出现腹胀、腹痛和便秘。

» 全身症状

由于慢性失血、癌肿溃疡、感染、毒素吸收等，患者可出现贫血、消瘦、乏力、低热等。

大肠癌早期症状不明显，如果出现以上疑似症状应及时到医院就诊，明确原因，不要等出现症状后数周甚至数月后才到医院就诊，这样可能就错过了最佳治疗时机。

► 高危因素

» 大肠癌发病与生活方式密切相关

中国已进入大肠癌高发的行列，这一疾病日益严重地威胁着人们的身心健康。

大肠癌的发病原因复杂，但其发病与生活方式密切相关，比如高蛋白、高脂肪、低纤维素的饮食习惯，经常食用油炸、腌制食物，以及缺乏体育锻炼都能增加大肠癌的发病概率。

» 西化饮食模式与大肠癌

大肠癌有“嫌贫爱富”的发病特点。平日摄入饱和脂肪、总脂肪、总蛋白、胆固醇和油酸较多者，患大肠癌的危险性增加，其中饱和脂肪酸摄入量较多者，危险性最大。

在过去短短数年里，中国人的饮食习惯发生了快速转变。1989年至1993年间完成的中国健康和营养调查显示，摄取高脂膳食的成人比例已从22.8%上升到66.6%，中国人的饮食习惯正在快速转向西方工业化国家的典型膳食模式。像麦当劳这样的美国快餐随处可见，在饮食嗜好上，高脂、高糖和高能食物开始流行。

» 大肠息肉与大肠癌

大肠息肉其实就是肠黏膜表面上隆起的病变，通俗地说，就是长在肠管内的一个肉疙瘩。大部分的息肉是良性的，不会长大，一小部分的息肉有“变坏”的概率，如果变成了腺瘤，则成为了一种癌前病变，腺瘤继续发展可能就会变成癌。

» 大肠癌会遗传吗

有一小部分的大肠癌（家族性腺瘤性息肉病）会遗传，其他大肠癌有遗传倾向和家族聚集性，家族中有人得大肠癌，其亲属得大肠癌的概率相对更大。从理论上讲，家庭性结肠息肉病患者的子女中将有一半的人会患上结肠息肉病，而且他们还会向后代遗传这种疾病。而非家族性的大肠癌发生与许多因素有关，其中主要与相似的易感基因和饮食习惯有关。一个人的基因是天生的、无法改变的，而饮食生活习惯却是我们自己可以调控的。

► 大肠癌的治疗

在全身各个部位的恶性肿瘤中，尤其是消化道肿瘤中，大肠癌是治疗效果最好的肿瘤之一。过去十年间，转移性结、直肠癌的治疗已经得到显著改善。这使肿瘤症状缓解率显著提高，患者的生存和生活质量都得到了改善。通过规范化的多学科综合治疗，可以进一步提高疗效，使相当一部分大肠癌患者完全治愈。因此，虽然没能早期发现，得了大肠癌的患者也千万不要灰心，不要放弃，一定要到正规的医院或者是肿瘤专科医院接受规范的治疗。目前主要有以下几大类治疗方式。

» 外科治疗

大肠癌的唯一根治方法是癌肿的早期切除。能切除则切除，不能切除要想办法切除。部分患者出现了肝转移，有机会在化疗后待转移灶缩小连同转移灶一并切除。若肿瘤能根治性切除，对患者的生存期还是有很大益处的。

» 经结肠镜治疗

结肠腺瘤癌变和黏膜内的早期癌可经结肠镜用高频电凝切除。切除后的息肉回收做病理检查，如癌未累及基底部则可认为治疗完成；如累及根部，需追加手术，彻底切除有癌组织的部分。对晚期结、直肠癌形成肠梗阻者，患者一般情况较差不能手术，可用激光打通肿瘤组织，作为一种姑息疗法治疗。

» 化疗

早期大肠癌根治后一般不需化疗，中、晚期和手术切除后的患者则要接受化疗。化疗在结肠癌综合治疗中是除外科治疗外又一重要治疗措施。氟尿嘧啶（5-FU）至今仍是大肠癌化疗的首选药物，常与其他化疗药联合应用。

» 靶向治疗

靶向治疗跟传统的化疗对比，副作用小很多。可以将传统的化疗药比喻为“不分敌我的炸药”，对于正常细胞和肿瘤细胞都有很强的杀伤作用，可谓伤敌一千自损八百。近些年分子靶向药物在肿瘤治疗中收到了良好的效果，它们可以针对性地杀死肿瘤细胞，保留下正常细胞，被称为“区分敌我的导弹”。对于有经济条件的患者，可选用分子靶向药物治疗，针对性地杀伤肿瘤细胞，减少化疗药物对正常细胞的损害。这几年针对肿瘤，靶向药物治疗发展非常迅速。在大肠癌方面，西方国家发病率是非常高的，所以这几年靶向治疗的发展也非常快，可以说每年都有新的靶向药物上市，给医生和患者提供了非常好的治疗选择。

► 如何预防

大肠癌发病率正在逐年增高，所幸的是通过合理的措施可以有效预防。最重要的措施是改变高脂肪、高蛋白、低纤维素的饮食习惯，以及早期发现（内镜检查）大肠腺瘤等癌前病变，通过积极的干预（内镜下摘除）阻断癌变过程。对于大肠癌的高危人群，应定期进行肠镜的检查。80%

以上的大肠癌是由大肠腺瘤转变过来的，因此对于大肠癌的癌前病变应该积极治疗。

另外，有肠道慢性炎症、息肉和腺瘤、血吸虫性结肠炎与溃疡性结肠炎的患者容易患大肠癌，需要积极治疗。同时，若家族成员中有人患大肠癌，那么直系亲属患大肠癌的风险较高，应该定期进行三项检查：粪便常规、直肠指检以及肠镜。

► 如何早期发现

» 注意以下症状

便血：便血是大肠癌最常见的临床表现，绝大多数患者大肠癌合并出血时，都不是单纯的血便，而是表现为脓血便和黏液血便。

大便形状改变：直肠、肛管肿瘤体积增大到一定程度时，常使大便外形发生变化，表现为大便变细、变形等。

大便习惯改变：主要是排便次数的改变，包括腹泻、便秘、腹泻便秘交替、排便不尽感、排便困难等。

» 通过筛查早期发现

早期发现大肠癌更要依赖于合理的筛查，等出现症状再进行检查就比较被动了。随着人们健康意识的提高，许多中老年人都会定期做血液检查、腹部B超、胸透等常规体检，可很少有人主动做肠道健康检查。由于预防措施及健康教育奏效，美国大肠癌发病率与死亡率现处于下降阶段，这是我们需要学习的。应如何通过体检早期发现大肠癌呢？下面为您介绍早期发现大肠癌的三板斧：肛门指检、粪便隐血试验、肠镜。

..... 直肠肛门指检

医生可以通过最简单直接的触诊和观察来判断肛肠疾病，超过半数的大肠癌发生在直肠，而80%的直肠癌属于中低位，直肠肛门指检可以发现病变，对肛周疾病与大肠癌做出初步判断。

粪便隐血试验

粪便隐血试验对消化道出血的诊断有重要价值，常作为消化道恶性肿瘤早期诊断的一个筛选指标。

肠镜检查

随着医学技术的发展和医生操作熟练程度的提高，肠镜检查的不适感已大为降低，检查时间也大大缩短，完成一次肠镜检查约需一刻钟。此外，也可选择在静脉麻醉的状态下进行无痛肠镜检查。

不同的人群接受不同的筛查方案

一般人群：指不是大肠癌发病高危的人群，这类人群我们推荐50岁以后开始接受大肠癌的筛查，平均每5~10年进行一次肠镜检查。

高危人群：对于经常高脂饮食、肥胖、缺乏运动的高危人群（不包括有家族遗传史的人群），我们推荐45岁左右开始接受大肠癌的筛查，平均每3~5年接受一次肠镜检查。

有家族遗传史的人群：对于有家族遗传史的人群，我们建议尽早前往肿瘤中心就诊，对家族史进行仔细收集，做一些必要的检查，包括基因检测，来判断该人群是否具有遗传倾向。如果有遗传倾向，则由临床医生按照特定的遗传性肿瘤的随访方案密切随访。如果没有明显的遗传倾向，则按照高危人群的筛查方案进行随访。

粪便隐血试验和肛门指诊检查可作为大肠癌的普查手段，建议每年检查一次。

肝癌

两个月前老胡感觉到上腹部隐隐疼痛，就和往常一样吃了一些药。可是，这种疼痛并没有缓解，一直持续了6天，痛感变成持续性钝痛，甚至已经不能平躺了，最后到医院检查发现是肝癌。在完善检查的情况下，老胡接受了肝癌切除手术，术后老胡恢复顺利，定期复查，暂时没有发现复发的迹象。其实老胡是慢性乙肝患者，3年前已经肝硬化，平时没有定期检查，根本不知道病情变化的情况，也没有及时对症治疗，最后发展为肝癌出现症状了才去检查。

► 肝癌概况：我国是肝癌大国

根据最新的流行病学调查显示，每年世界范围内肝癌的发病人数在70万左右，其中接近55%的患者在中国。我国是原发性肝癌高发国之一，年发病率为5~10/10万人口，每年约有30万人死于原发性肝癌，占全部恶性肿瘤的第三位。

肝癌可由慢性病毒性肝炎、肝硬化转变而来。虽然已经采取了肝炎病毒疫苗注射等措施，对降低肝癌发病率有一定效果，但由于病毒的变异速度较快及存在免疫逃逸，而且随着丙型肝炎的出现（致癌率更高），肝癌的发病率居高不下。原发性肝癌的发生与病毒感染、化学致癌物、酒精、环境污染、遗传等多种因素有关。在我国，乙肝和丙肝病毒感染、酒精以及黄曲霉毒素等是导致肝癌最多见的危险因素。

► 肝癌的症状

肝癌起病常隐匿，早期肝癌没有明显症状，仅有一些无特异性症状，多在肝病随访中或体检普查中应用AFP及B超检查偶然发现。

中、晚期肝癌的症状则较多，肝区疼痛、乏力、纳差、消瘦是最具代表性的症状组合。肝癌患者以肝区疼痛最常见，疼痛呈间歇持续性、钝痛或胀痛，由于癌迅速生长使肝包膜绷紧所致。肿瘤侵犯膈肌，疼痛可放射至右肩或右背。部分患者有低热、黄疸、腹泻、上消化道出血症状；肝癌破裂后会出现急腹症表现。发生肝外转移时可出现各转移部位相应的体征。

肝癌患者如果有了症状才去看病，实际上已多属晚期。早期肝癌的患者治疗后5年生存率能达到50%~70%，但晚期肝癌如不治疗平均生存期只有6个月。由于早期肝癌没有症状，及时发现的方法就是对肝癌高危人群每半年进行肝脏B超检查，并验血查甲胎蛋白。

► 哪些人群是肝癌的高危人群

1. 慢性乙肝和丙肝病毒感染者，男性大于40岁，女性大于50岁，尤其是肝脏已出现结节的患者。
2. 各种原因导致的肝硬化、病毒性肝炎、酗酒者。
3. 长期过量饮酒的酒精性肝病患者、
4. 喜欢食用花生等可能含黄曲霉毒素食物的人群。
5. 本身有肝病同时家属中有肝癌的患者。

上述人群都属于肝癌的高危人群，下面展开详细介绍。

» 肝炎与肝癌

大量实验和临床研究发现，乙型肝炎病毒（HBV）与肝癌的发病关系甚为密切：肝癌患者血清HBV表面抗原（HBsAg）阳性率大于90%；HBV与肝癌流行地理分布接近，HBV高发区同样是肝癌高发区；HBsAg携带者患肝癌的危险性比健康人群高100倍；经济条件较好的国家已证实普及性HBV预防疫苗注射，大大降低了肝癌的发病率；肝癌细胞中存在着对乙型肝炎病毒DNA的整合，可激活致癌基因并使抑癌基因发生突变。

丙型肝炎病毒（HCV）感染也与肝癌的发生关系密切，我国由丙肝引起的肝癌呈上升趋势。HCV感染可能是通过慢性炎症浸润以及在肝硬化的基础上增生导致肝癌的。

在中国大部分肝癌患者有典型的急性肝炎→慢性肝炎→肝硬化→肝癌的病史，但慢性肝炎甚至还可不经过肝硬化阶段直接导致肝癌的发生。肝炎患者本身就是肝癌的高危人群，尤其需要重视，不应觉得乙肝症状不是太严重就忽视了治疗，如果治疗不得当或不及时可能会带来严重后果。

» 肝硬化与肝癌

肝硬化不是乙肝的“专利”，肝硬化是各种慢性肝病发展的晚期阶段，再演变成肝癌。病理上以肝脏弥漫性纤维化、再生结节和假小叶形成特征。

肝硬化起病隐匿，病程发展缓慢，晚期以肝功能减退和门静脉高压为主要表现，常出现多种并发症。不同病因的肝硬化发生肝癌的比率差别较大，乙肝和丙肝病毒引起的肝硬化发生肝癌的概率最高。

当患者出现肝区疼痛、肝大、血性腹水、无法解释的发热时要考虑肝硬化并发了肝癌，血清甲胎蛋白升高及B超提示肝占位性病变时应高度怀疑肝癌，CT可确诊。对肝癌高危人群（35岁以上、乙肝或丙肝病史5年、肝癌家族史或来自肝癌高发区）应定期做甲胎蛋白和B超筛查，争取早期诊断、早期治疗。甲胎蛋白定量持续高于正常而未达肝癌诊断标准者，应定期跟踪随访。

» 饮酒与肝癌

大量饮酒可以导致肝损害，发生酒精性肝硬化，易导致肝癌的发生；饮酒还增加乙肝病毒感染者发生肝癌的危险性，酒精与肝炎病毒具有协同作用。上海肿瘤研究所发现患肝炎后继续饮酒者，肝癌的发生率高于不饮酒者2倍。我国有1.2亿乙肝表面抗原携带者，约占人口的10%，而这部分人群大都不知道戒酒。

» 黄曲霉毒素与肝癌

黄曲霉毒素是世界公认的三大食物污染致癌物之一，毒性最强、致癌性最大的是黄曲霉毒素 B_1 ，每日仅需10微克就可以诱发肝癌。黄曲霉毒素存在于霉变的粮食、发酵食品、腊肉、香肠中。调查发现在我国癌症高发地江苏启东、广西扶绥，黄曲霉毒素污染严重，这些地区肝癌发病率也很高。动物实验也证明，被黄曲霉毒素污染的霉玉米和霉花生可导致肝癌。因此，储存食物需注意防霉、防潮、通风、干燥，一旦发现发霉则不可再食用。

» 饮水污染与肝癌

据流行病学调查表明，饮用水也与肝癌密切相关。饮用沟塘水的居民肝癌死亡率在100/10万左右，显著高于饮浅井或深井水者（20/10万），提示沟塘水体中可能存在致癌物。人类向水体排放的含氮、磷的有机物，使水体富营养化，造成藻类大量繁殖，藻类在死亡后向水体排出的微囊藻毒素，具有强烈的肝毒性和促癌作用，是饮水致癌的罪魁祸首。此外，偶氮芥类、有机氯农药也与肝癌发生密切相关。

» 糖尿病、脂肪肝、肥胖与肝癌

脂肪肝主要通过肝硬化发展为肝癌。肝内过多的脂肪会损害肝细胞，导致脂肪性肝炎，令患者的血清转氨酶升高，如仍得不到纠正，便会发展为脂肪性肝纤维化、肝硬化。如果脂肪肝发展为肝硬化，且同时合并肝炎病毒感染，发生肝癌的过程会加速。肥胖是肝癌的独立危险因素，肥胖者发生肝癌的危险可增加1~9倍。另外肥胖患者往往也是糖尿病的好发人群，糖尿病也可增加肝癌发病的危险，糖尿病与肝炎或肝硬化具有协同致肝癌作用。

» 肝吸虫与肝癌

感染肝吸虫是由于生食或半生食含有肝吸虫囊蚴的淡水鱼、虾所致，这种寄生虫可寄生在胆管中，并对肝脏和胆管造成慢性损伤，久而久之诱发肝癌。在广东珠江三角洲、香港、台湾等地人群主要通过吃生鱼、生鱼

粥或烫鱼片而感染，东北朝鲜族居民主要是用生鱼佐酒吃而感染，小孩的感染则与他们在野外进食未烧烤熟透的鱼虾有关。进食了感染肝吸虫的生鱼、虾后，肝吸虫在人肝胆管中可存活20余年，严重者可引起肝脓肿、胆管炎、胆管梗阻、门脉性肝硬化，从而发展成肝癌。肝吸虫引起的肝癌主要是胆管细胞型肝癌。

► 肝癌的治疗

» 手术治疗

目前仍然是治疗肝癌的首选和最有效方法。早期肝癌是局部性病变，虽然有些肿瘤很大，但它还是局部的，把它切掉就有长期生存的可能。

» 介入治疗

不能切除的肝癌可根据情况采用肝动脉化疗栓塞、射频、冷冻、激光、微波等治疗。

» 综合治理

中、晚期的肝癌若无法切除或行介入者可能还要配合化疗或者靶向药物。总而言之，若无法切除，要根据肿瘤的情况综合选择不同的手段来治疗，甚至有条件者可以进行肝移植。

► 预防与早期发现

对于患有慢性肝炎等的高危人群来说，及时戒除烟酒嗜好，建立健康的生活方式很重要。应该避免前面提到的各种危险因素，远离肝癌。良好的生活习惯可以提高人体免疫力，反之熬夜加班常常损伤人体免疫力。新闻不难见到许多“拼命三郎”积劳成疾患肝癌离世，其中不乏名人。

一般来说，如果没有及时采取治疗措施，肝癌从细胞癌变开始到自然死亡，一般需要2年左右。而从细胞癌变开始到影像学能发现，平均时间为8个月左右。如果大家能定时体检，肝癌的早期发现是有可能的。常规方法

包括腹部超声和血清甲胎蛋白（AFP）检测，一旦发现异常，可采用增强CT或者MRI进行更精确分析。随着医学影像学的发展，可被发现的肝癌病灶越来越小。新型肝细胞特异性磁共振造影剂与传统造影剂相比，可检测出1厘米以下的微小病灶，更有利于病情的早期诊断。

建议高危人群根据情况每年主动到正规医疗机构做1~4次检查，目前肝癌比较有效的检查手段主要有：抽血检测甲胎蛋白、腹部超声或CT。

肿瘤标志物甲胎蛋白（AFP）检测，如AFP大于等于400纳克/毫升持续1个月，或大于等于200纳克持续2个月，无活动性肝炎证据，并排除妊娠和生殖腺胚胎癌，可大致做出肝癌的诊断。AFP是诸多肿瘤标志物中比较可靠的一种，其特异性和灵敏性都较高，对肝癌的诊断有重要意义，极大方便了肝癌的早期发现与追踪复查。

超声检查可确定肝内有无占位性病变，有经验的医生仔细检查就能检出直径1厘米的肝癌。

CT（计算机断层扫描）和磁共振成像扫描是进一步诊断肝癌的重要手段。CT是目前检出肝癌最敏感的方法之一，采用适当的增强方法，病灶检出率可在90%以上。

此外生活在肝癌高发地区的人群也应特别注意体检，另外应保证饮水和食物安全，避免黄曲霉毒素污染也是一项很重要的预防措施。

胰腺癌

前任苹果CEO乔布斯的抗癌经历：2003年10月，在一次CT扫描体检中史蒂夫·乔布斯发现其胰腺上长有肿物，通过内窥镜检查 and 活检，明确了诊断，并确定为神经内分泌瘤。一开始史蒂夫·乔布斯决定不接受手术，而选择严格的素食主义者的饮食（大量新鲜胡萝卜和果汁）、针灸、草药疗法、心理等其他疗法。然而在2004年7月复查CT扫描时显示肿瘤进一步生长，并在继续扩散，于是乔布斯决定进行手术并接受化疗。但在随后的治疗过程中，医生发现其已肝脏转移（癌症已经扩散）。2009年3月因肿瘤发生肝转移而进行了肝移植手术，在移植过程中，医生发现在他的腹膜（膜周围内脏）有肝脏肿瘤和斑点，而且他的肿瘤已经明显突变，并迅速生长。2011年7月，他的癌细胞已经扩散到骨头和其他身体部位。他的医生们很难找到可以针对癌症的靶向药物。在10月5日下午3点左右，史蒂夫·乔布斯在加利福尼亚州帕洛阿尔托的家中因胰腺肿瘤导致的呼吸骤停逝世。

乔布斯所得的胰腺肿瘤是一种发生率较低、恶性度亦较低的胰腺内分泌肿瘤，手术切除后比其他的胰腺肿瘤效果要好得多，但乔布斯一开始却没有接受手术切除，给了肿瘤发展的机会。试想如果乔布斯在一发现胰腺肿瘤时就接受手术切除治疗，或许可以控制住它。

► 胰腺癌概述

胰腺癌的发病近年在世界范围内呈上升趋势，美英近30年发病率增加了3倍。这是一种致死率非常高的疾病，每年全球约22万人死于该病，现已成为消化系统常见的恶性肿瘤。不仅在美国，近年来，胰腺癌在我国的发展

病率也逐渐升高，在中国大城市30余年来增加约8倍，国内更是有早期诊断困难、手术切除率低、术后复发率高的特点。

胰腺癌的发病以男性多见，是女性的2到4倍。高发年龄在40岁左右，随着年龄的增长，胰腺癌的发病率也随之升高。胰腺癌是恶性程度最高的肿瘤之一，在医学界被称为“癌症之王”。胰腺癌常常在不知不觉中发生，早期表现是上腹部不舒服，之后发展非常迅速，绝大多数一经确诊已属晚期——往往从诊断到死亡仅为3至6个月时间。

» 胰腺癌是一种难治、难发现的肿瘤

难治：胰腺癌早期难发现、恶性程度高，治疗一直没有太好的手段。另外，由于胰腺周围血管丰富，肿瘤生长很快，非常容易向周围的脏器发生转移。胰腺的解剖位置深而且复杂，和胃、十二指肠、胆管等器官比邻或相接，胰腺的头部与十二指肠、胆囊、胆总管等结构纠结在一起，使得胰腺手术成为难度最大的腹部外科手术之一。

难发现：根据美国国立卫生研究院报道，80%以上的胰腺癌患者在确诊时只能进行探查或姑息性手术，能根治者仅占5%~30%。实际上，当胰腺癌患者获得确诊时，十之八九已通过淋巴、血液、神经鞘等向远处转移。有资料显示，胰腺癌患者等到症状出现后，平均寿命只剩9个月。

那么，为何早期确诊患有胰腺癌的患者数量会如此之少呢？一是由于胰腺癌的早期临床表现与普通的消化道疾病相似，容易被医生和患者忽略；二是因为与其他肿瘤不同，胰腺癌至今还找不到敏感特异的肿瘤标记物；三是胰腺癌预防和检查也没办法像普通胃镜、肠镜一样可以直接看到癌前病变，在早期发现上更为困难。

» 发生在胰腺的肿瘤主要有两种类型

事实上发生于胰腺的肿瘤有两种，最常见的是起源于胰腺导管的胰腺腺癌，即通常所说的“胰腺癌”，这种类型的胰腺癌最为多见，恶性程度高，预后差。另一种是起源于胰腺有分泌激素功能的细胞，即胰腺内分泌

肿瘤（乔布斯所得的胰腺癌类型），这种神经内分泌肿瘤的“性格”尚算温顺。首先，胰腺的神经内分泌肿瘤其恶性程度并不算高；其次，这种类型的肿瘤生长缓慢，在手术切除后患者预后一般较好。

► 胰腺癌有什么症状

胰腺癌早期表现没有特异性，所以容易被误诊为胃病。它的症状主要有三方面：一是消化不良、厌食、消瘦；二是左上腹隐痛或腰背部疼痛；三是黄疸，患者出现角膜及皮肤的发黄。这些症状都是没有特异性的，其他一些消化系统疾病都有，所以很容易跟胆囊炎、肝炎等混淆。

下面简单介绍胰腺癌发生时常常会出现的几类症状，若出现腹痛、黄疸、消瘦和血糖突然升高四大症状中的一个或几个症状的患者，应高度警惕发生胰腺癌的可能，尽早去医院接受进一步检查。

» 腹痛

腹痛是胰腺癌最常见的症状，很多患者都以腹痛为主诉前来就诊。一般引起腹痛的因素有以下几种情况：当肿瘤发生在胰胆管出口处时，患者会出现阵发性上腹部疼痛；当肿瘤压迫胆道、胰管引起高压时，患者会出现钝痛。一般饭后加重，几小时后缓解。

胰腺的神经支配较丰富，神经纤维主要来自腹腔神经丛、左右腹腔神经结、肠系膜上神经丛，其痛觉神经位于交感神经内，若肿瘤浸润及压迫这些神经纤维丛可致腰背痛，且程度剧烈，患者常彻夜取坐位或躬背侧卧，多属晚期表现。

» 黄疸

无痛性黄疸是胰头癌最突出的症状，占30%左右。由于胰腺癌有围管浸润的生物学特性，黄疸可早期出现，但不是早期症状，大便的颜色随着黄疸加深而变淡，最终呈陶土色，小便色越来越黄。不少患者可因梗阻性黄疸而皮肤瘙痒。

» 消化道症状

60%的胰腺癌早期有消化道症状，多数患者有食欲减退、厌油腻食物、恶心、呕吐、消化不良等表现。

» 消瘦与乏力

由食量减少、消化不良和肿瘤消耗所致。

» 发热

绝大多数患者病中均有不同程度的发热，因间歇性低热常不引起注意。胆道感染时可出现寒战高热。

» 血栓性静脉炎

血栓性静脉炎是胰腺癌的特殊表现，约15%~25%患者在病中出现血栓性静脉炎，下肢的血栓性静脉炎最常见。

► 胰腺癌的高危人群

目前医学界公认的胰腺癌高危人群包括以下几类。

1. 年龄大于40岁，有上腹部不适，排除了常见的胃、肠、肝、胆疾病，常用的治疗方法效果不佳者。
2. 有胰腺癌家族史者。
3. 突发糖尿病者，特别是不典型糖尿病。
4. 慢性胰腺炎在小部分人群中是一个重要的癌前病变，特别是慢性家族性胰腺炎和慢性钙化性胰腺炎。
5. 患有家族性腺瘤息肉病者。
6. 长期吸烟、大量饮酒以及长期接触有害化学物质者。

► 如何治疗

目前胰腺癌各种治疗手段的效果都不如其他肿瘤那么明显，主要是由于大部分胰腺癌已处于晚期。有报道称胰腺癌术后五年存活率非常低，不到5%。不适宜外科手术治疗者，可以考虑姑息治疗。

» 手术治疗

包括胰十二指肠切除术、胰体尾切除术及全胰切除术等。但早期缺乏明显症状，大多数病例确诊时已失去根治性手术的机会。

» 药物治疗

化疗的目的是延长生存期、改善生活质量及提高其他治疗手段的效果，包括手术后的辅助化疗以及晚期患者的姑息化疗。但是对于晚期肿瘤患者，单纯药物治疗的中位生存时间只有6个多月。另外，靶向药物也在积极研制中，但在临床应用的效果甚微。

» 放射治疗

可以用于不可手术的局部进展期胰腺癌的综合治疗、术后肿瘤残存或复发病例的综合治疗，以及晚期胰腺癌的姑息治疗。放射性粒子植入也属于放疗的一种特殊方式，其治疗效果比传统的放疗技术更好。

» 生物疗法

生物治疗包括细胞因子治疗、生物反应调节剂治疗、细胞过继免疫治疗、肿瘤疫苗、基因治疗等。

» 微创介入及消融治疗

近年来通过无创或微创治疗，导致肿瘤组织在短时间内发生大范围坏死，快速缓解症状及减少肿瘤负荷，可以有效延长患者的生存时间。这包括血管性介入治疗和超声聚焦、氩氦刀等消融治疗方法。

» 内镜

由于胰腺癌到晚期会阻塞胆汁排出，造成阻塞性黄疸，出现严重并发症，可以在内镜下放置支架疏通胆管，达到减轻黄疸、提高生活质量的目的。

► 如何预防、早期发现

尽管胰腺癌的发病率并不算高，但积极的预防策略仍有意义。首先，吸烟是公认的引发胰腺癌的危险因素，任何时刻戒烟都不算晚。其次，腺

癌的发生与膳食结构、饮食习惯和营养成分密切相关。高蛋白、高胆固醇型饮食可促进胰腺癌的发生，营养过度也可能会增加胰腺癌患病风险。此外，慢性胰腺炎中约有1/3可能向胰腺癌转化；家族疾病史中的某些典型的遗传性癌症综合征也可能与胰腺癌发生相关。很多医生建议，对年龄大于40岁、吸烟、有大量饮酒史的人，如果出现上腹部非特异性不适并且持续不缓解，应高度警惕胰腺癌。

检查方面可分几步走，对于一些高危人群可做腹部的超声检查再加上抽血查肿瘤标记物（如CA19-9等）；如果发现肿瘤标记物高或者B超检查有异常，就要进一步做MRI或CT检查，或做超声内镜检查；当难鉴别的时候，可做PET-CT或者腹腔镜的检查来明确诊断。

但总的来说目前对于胰腺肿瘤还没有特别好的预防和早期发现的方法，主要靠健康意识的提高和体检发现。虽然说腹部影像学检查（CT、磁共振、彩超）能提高胰腺癌的检出率，但都存在一定不足。彩超能发现较大的肿物，但在发现较小、较早的病灶这方面略显不足，普通CT和普通磁共振也难以早期发现，一般要做增强CT或者增强磁共振才能发现较小、较早的病灶。CT本身具有一定辐射，而且怎么筛查目前还尚无定论。除了腹部影像学检查我们还可以通过上面谈到的一些症状来发现早期的胰腺癌，尤其高危人群需要警惕不明原因的、持续的症状，需明确这些症状的原因。

与胃肠道肿瘤不一样，胰腺是实质性器官，无法用内镜这种手段直接观察器官内微小的病变。建议40岁以上的高危人群（吸烟、家族史、慢性胰腺炎等）每年做一次腹部彩超或CT检查，尽量对胰腺癌做到早发现、早诊断，并到正规医院进行规范化治疗和个体化治疗。

胆囊癌与胆管癌

胆囊癌与胆管癌都是胆道上皮来源的恶性肿瘤，属于恶性程度比较高的一类肿瘤，这两者的预后都比较差，不过发病率并不高，这里简单介绍一下。

► 胆囊癌

胆囊癌泛指原发于胆囊的恶性肿瘤。从组织学分类看，以腺癌所占比例最高（大于80%），其次为鳞癌、混合癌及未分化癌。其发病部位位于胆囊。

虽然胆囊癌病因不明确，但是流行病学显示，70%的患者与胆结石存在有关，胆囊结石至发生胆囊癌可长达10~15年；胆囊癌合并胆囊结石是无结石者的13.7倍，直径3厘米的结石发病是1厘米者的10倍，说明胆囊癌的发生是胆囊结石长期的物理刺激，加上黏膜的慢性炎症、感染细菌的产物中有致癌物质等因素综合作用的结果。另外有资料显示胆囊癌来源于恶变的胆囊息肉，因此那种基底宽、不带蒂、单发、超过1厘米、短期内增大或者逐渐增大、50岁以后出现、合并有胆囊结石或者胆囊炎的胆囊息肉需要及早处理，预防癌变。

► 胆管癌

胆管癌是指源于肝外胆管，包括肝门区至胆总管下端的恶性肿瘤。近年来把肝内胆管癌也归入胆管癌的范畴，因此根据部位将胆管癌分为肝内胆管癌和肝外胆管癌。肝外胆管癌又分为肝门上段胆管癌（位于一级胆管至胆囊管开口处）、中段胆管癌（位于胆囊管开口以下至胰腺上缘处）、下段胆管癌（位于胰腺上缘至进入十二指肠壁处）。

胆管癌患者临床表现主要为伴有上腹部不适的进行性黄疸、食欲不振、消瘦、瘙痒等。如合并胆结石及胆道感染，可有畏寒、发热等，且有阵发性腹痛及隐痛。如位于一侧肝管癌肿，开始常无症状，当影响至对侧肝管开口时，才出现阻塞性黄疸。如胆管中部癌不伴有胆结石及感染，多为无痛性进行性阻塞性黄疸。黄疸一般进展较快，不呈波动性。检查可见肝大、质硬、胆囊不肿大。如为胆总管下端部癌，则可扪及肿大的胆囊。如肿瘤破溃出血，可有黑便或大便隐血试验阳性、贫血等表现。